

UNIVERSIDAD DE PANAMA
VICERRECTORIA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FACULTAD DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGIA CLINICA

APLICACIÓN DE PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA BREVE INDIVIDUAL
BASADO EN EL MODELO DE RELACIONES OBJETALES
A PACIENTES DE LA TERCERA EDAD DIAGNOSTICADOS CON
TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

PSICOLOGA
SANDRA E CHARRY DE MONTENEGRO

Tesis de grado presentada a la
Facultad de Psicología como uno de
los requisitos para obtener el grado
de Magister en Psicología Clínica

PANAMA REPUBLICA DE PANAMÁ
2011

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORIA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Programa de Maestría en	Psicología Clínica
Facultad de	Humanidades
Numero de Código	327 14 06 11 91
Nombre de la Estudiante	Sandra Esther Charry Urrutia de Montenegro
Cedula	8 316 788
Título al que aspira	Magister en Psicología Clínica
Tema de Tesis	Aplicacion de psicoterapia psicodinamica breve individual basado en el modelo de Relaciones Objetales a pacientes de la tercera edad diagnosticados con trastorno depresivo mayor
Resumen Ejecutivo	El presente trabajo es un diseño de investigación Pre experimental con Preprueba – Postprueba, propuesto en un Estudio de Caso de intervención Terapéutica, en el que se evaluara la efectividad de una psicoterapia psicodinámica breve individual basado en el modelo de Relaciones Objetales a adultos de la tercera edad diagnosticados con trastorno depresivo mayor
Nombre del Asesor	Mgter Ricardo López
Firma del Asesor	_____
Firma del Estudiante	_____
Aprobado por	_____
	Coordinador del Programa

	Director de Postgrado de la Vicerrectoria de Investigacion y Postgrado
Fecha	_____

DEDICATORIA

Quiero dedicar mis primeros pensamientos y líneas a mi Dios quien me dio la vida, inteligencia y facultades mentales para la realización de este trabajo. ¡Todo te lo debo a ti mi Señor!

A mi amado esposo Aldo quien ha sido el apoyo incondicional en mi vida y me motivo a culminar con éxito este objetivo

A mis hermosas hijas Daniela y Natalia, quienes pudieron comprender y aceptar las veces que tuve que dedicar tiempo para lograr esta meta profesional

A mis padres y hermanas quienes desde la distancia pudieron acompañarme en este recorrido universitario

A las pacientes quienes sin ellas no hubiese sido posible la realización de esta investigación. Porque pusieron a su disposición su mundo interno fueron valientes y pudieron priorizar lo que expresa Galileo Galilei: *La mejor sabiduría que existe es conocerse a sí mismo*

AGRADECIMIENTOS

A mi eterno enamorado Aldo mis preciosos tesoros Daniela y Natalia, quienes fueron de inspiracion y motivacion para terminar Gracias por todas las exhortaciones que me impulsaron a realizar mi mayor esfuerzo

A mis padres Miguel y Sandra, y mis hermanas Michele y Catherine quienes todo el tiempo me daban palabras de animo y aliento

A todos los profesores colegas y companeros quienes compartieron conmigo esta experiencia inolvidable universitaria.

Quiero agradecer al doctor Cleveland Antonio Beckford quien me suministro a sus pacientes para que fueran parte de este estudio Gracias por la confianza.

2 61 Transferencia	60
2 62 Contratransferencia	61
CAPITULO III METODOLGIA DE INVESTIGACIÓN	64
1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	65
2 HIPOTESIS DE INVESTIGACIÓN	67
2 1 Hipotesis principal	67
2 2 Hipótesis estadística	67
3 OBJETIVOS DE INVESTIGACION	67
3 1 Objetivo General	67
3 2 Objetivos Especificos	68
4 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	68
5 VARIABLES DE INVESTIGACIÓN	69
5 1 Variable Independiente	69
5 2 Variable Dependiente	73
6 POBLACIÓN Y MUESTRA	74
6 1 Población	74
6 2 Muestra	74
6 3 Criterios de Inclusión	75
6 4 Criterios de Exclusión	76
7 TÉCNICAS DE MEDICIÓN E INSTRUMENTOS	76

8	PROCEDIMIENTO ESTADISTICO	77
CAPÍTULO IV RESULTADOS		78
1	DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	79
2	PRUEBA DE HIPÓTESIS	80
2 1	Depresión Inventario de Depresion de Beck (BDI)	80
2 2	Depresión Escala de Autoevaluacion para la Depresión de Zung (SDS)	83
3	ANALISIS DE LOS RESULTADOS	85
4	DISCUSIÓN	87
5	CONCLUSIONES	90
6	RECOMENDACIONES	92
BIBLIOGRAFIA		94
ANEXOS		99

INDICE DE TABLAS

	Página
Tabla N° I Datos socio demográficos	79
Tabla N° II Estadísticas Descriptivas – Comparación entre el pretest y post test de la subescala de depresión de Beck	80
Tabla N° III Depresión Beck – Comparación entre el pretest y post test	81
Tabla N° IV Estadísticas Descriptivas– Comparación entre el pretest y post test de la subescala de depresión de Zung	83
Tabla N° V Depresión Zung – Comparación entre el pretest y post test	83

ÍNDICE DE GRAFICOS

	Página
Gráfico N° 1 Beck Comparacion entre el pretest y post test del inventario de depresión	82
Gráfico N° 2 Zung Comparacion entre el pretest y post test del inventario de depresion	85

RESUMEN

El presente estudio se llevo a cabo a traves de un diseño pre-experimental de prueba postprueba con un solo grupo en la cual se evaluo la efectividad de una intervencion psicoterapéutica breve individual basado en el modelo de Relaciones Objetales aplicada a sujetos de la tercera edad diagnosticados con trastorno depresivo mayor. En esta investigacion se presentan los fundamentos teoricos acerca de las manifestaciones emocionales de los adultos de la tercera edad también los lineamientos y recomendaciones utilizadas en la psicoterapia. Dada la modalidad breve de la psicoterapia se establecio un foco terapeutico. La intervencion fue aplicada a cuatro sujetos. Nuestro objetivo principal de la investigacion fue la disminucion de la sintomatologia depresiva. Se utilizaron dos procedimientos para el analisis de los resultados: un analisis estadístico para los datos cuantitativos y un analisis dinámico o psicodinámico. Los resultados finales demuestran que el tratamiento reduce los sintomas ya que los pacientes tratados manifestaron cambios significativos. La relacion terapeutica es el espacio que se le brinda al paciente para que sea contenido y a su vez utilice este vinculo y la alianza para la elaboración y reconstrucción de las relaciones objetales.

SUMMARY

The present study was carried out through a pre-experimental investigative design of test – posttest with an alone group in which we evaluated the effectiveness of a brief psychotherapeutic individual intervention based in the model of Object Relations applied to third age patients diagnosed with major depression disorder. In this research we present the theoretical basis about the emotional manifestations of the adults of the third age, also the outlines and recommendations used on the psychotherapy. Due to the brief nature of the psychotherapy, a therapeutic focus was established. The intervention was applied to four patients. Our main objective was to reduce the depressive symptomatology. Two procedures were used in the analysis of the results: a statistical analysis for the quantitative data and a dynamic or psychoanalytical analysis. The final results demonstrate that the treatment reduces the symptoms because the patients showed meaningful changes. The therapeutic relation is the space that we offer the patient as a container and at the same time use its link to facilitate the elaboration and reconstruction of the object relations.

INTRODUCCIÓN

Muchos seres humanos al llegar a la tercera edad se sienten privilegiados porque han podido llegar a esta etapa de su vida. En otras palabras son sobrevivientes si toman como referencia todas las personas que han podido fallecer por multiples razones y no tuvieron la dicha de vivir para llegar a la tercera edad. Muchos otros experimentan desdichas porque han cumplido muchos años pero no han logrado sus objetivos, deseos y hasta fantasías. Además deben afrontar la realidad del desgaste físico, diagnosticos, jubilación, cambios de roles, entre otros, lo cual se convierte en una amenaza en su psiquismo. Todo esto genera en la mente un conflicto de emociones que sumados a factores externos, factores genéticos hereditarios, más su historia clínica y otros antecedentes, pueden causar una vulnerabilidad para desarrollar un cuadro depresivo mayor.

Toda esta incertidumbre que experimenta el adulto de la tercera edad y que muchas veces la carga solo porque es o se siente olvidado y desatendido por la sociedad, amigos, compañeros de trabajo y hasta familiares, ha sido una preocupación e interrogante para mí, en saber que tratamiento psicoterapéutico efectivo se le podría aplicar a estos adultos de la tercera edad que pueden llegar a ser diagnosticados con depresión mayor.

Reconociendo y valorando la efectividad de muchas intervenciones psicoterapéuticas exitosas para muchos individuos que antes de recibir el tratamiento vivían un calvario y hasta podían experimentar no querer seguir viviendo, quise realizar este trabajo dirigido a 4 sujetos de la tercera edad con depresión mayor para que tuvieran la oportunidad de someterse a una Psicoterapia Psicodinámica breve individual basado en el modelo de Relaciones Objetales para contribuir al mejoramiento de su estado emocional.

La intervención terapéutica por ser breve es focalizada, con el fin de buscar la solución y mejora de un área en específico de acuerdo a cada caso. La intervención está dirigida a procesar y elaborar terapéuticamente duelos, separaciones, relaciones objetales y otras crisis para así impulsar y mejorar su estado anímico, psíquico y reducir los síntomas depresivos.

El presente estudio consta de cuatro capítulos de los cuales en el primero plasmamos el marco teórico de la tercera edad su desarrollo riesgos e inconvenientes en el segundo capítulo hacemos referencia a la fundamentación y análisis bibliográfico de la psicoterapia psicodinámica y la teoría de las Relaciones Objetales. El tercer capítulo se expone la metodología utilizada y el desarrollo de la investigación. En el cuarto y último capítulo compartimos los análisis y resultados obtenidos en la investigación conclusiones y recomendaciones.

El diseño de investigación que se utilizó para comprobar la efectividad del tratamiento fue el pre experimental con prueba postprueba con un solo grupo. Utilizamos dos instrumentos de medición para medir la depresión antes y después de la intervención psicoterapéutica: Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung (SDS) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI).

Utilizamos la prueba de signo de Wilcoxon y la de U de Mann Whitney para prueba de hipótesis no paramétricas para la evaluación de los resultados. En base a los resultados obtenidos podemos confirmar que el tratamiento fue efectivo: los pacientes mejoraron sus síntomas depresivos y a su vez, la intervención psicoterapéutica psicodinámica breve individual basado en el modelo de las Relaciones Objetales es válida y útil para adultos de la tercera edad con diagnóstico de depresión mayor.

CAPITULO I

MARCO TEÓRICO PARA UNA INTERVENCION PSICOTERAPEUTICA CON PACIENTES DE LA TERCERA EDAD DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR.

1 TERCERA EDAD

1.1 Concepto de la tercera edad

Uno de los procesos más naturales conocidos y aceptados de los seres humanos es el de nacer crecer y morir. Esto lo estudiamos y escuchamos desde pequeños pero cuando la realidad se acerca y hacemos conciencia que tenemos que enfrentar la vejez, muchas preocupaciones asaltan a nuestro pensamiento generando angustia, porque este proceso conlleva un deterioro físico y psicológico.

Hoy muchas personas ven la vejez como un estado de existencia marginal porque temen perder energía, su movilidad física, el control su flexibilidad independencia, la memoria e incluso la inteligencia (Craig G 2001).

Papalia (1996) ha dicho que el término vejez ha recibido diferentes nombres: ciudadanos mayores, personas de la edad de oro, personas de edad madura, personas que están en los años de cosecha o en los años del crepúsculo pero recientemente personas de la tercera edad. Este último es el nombre que utilizamos para referirnos a los individuos que participaron en la investigación.

Tercera edad es un término antropológico social que se refiere a la población de personas adultas mayores que tienen 65 años o más.

Este grupo de la tercera edad va en aumento y esto se debe al crecimiento económico de los países lo que ayuda y permite mejorar la calidad de vida en diferentes áreas como nutrición estilos de vida más saludables mayor control de enfermedades infecciosas acceso al agua potable mejoras a las instalaciones sanitarias y atención médica (Kinsella y Velkoff 2001).

Los individuos que se encuentran en la tercera edad atraviesan esta etapa experimentando una disminución en sus facultades generales que comprende el ámbito biológico emocional mental social económico cultural entre otros en

los cuales deben interiorizar ajustes y cambios a nuevos roles para adaptarse a nuevas formas de comportamiento

Es importante señalar que los adultos mayores que conforman la tercera edad no es un grupo homogéneo. Este grupo de individuos mayores de 65 años cuenta con personas activas y dinámicas que pueden ser profesionales, deportistas, líderes o con energía para ocuparse en diferentes áreas o roles para sentirse útiles y seguir siendo productivos y eficientes para la sociedad. Pero a su vez, está conformado con personas pasivas, solitarias, desanimadas y/o desamparadas que no se sienten atraídas para realizar cualquier tipo de actividad.

1.2 Desarrollo de la tercera edad

¿Qué edades comprenden esta etapa de la vida? Los científicos sociales especializados en el estudio del envejecimiento hacen mención a tres grupos de adultos mayores de manera cronológica: el 'viejo joven' por lo general se refiere a personas entre 65 y 74 años, el 'viejo viejo' entre 75 y 84 años y el 'viejo de edad avanzada' de 85 años en adelante (Papalia, 2004).

Papalia, Sterns, Feldman y Camp en el 2009 dividen la adultez en tres periodos: la adultez joven que comprende las edades entre 20 y 40 años, la adultez media, que va desde los 40 hasta los 65 años y la adultez tardía o vejez que inicia a los 65 años. En este último periodo, el individuo debe enfrentar y lidiar con el declive y desgastes de sus facultades, la pérdida de seres queridos, contemporáneos, amigos y el tema de la muerte.

El geriatra Ken Dychtwald dividió el ciclo de vida y la historia humana en tres edades. La primera edad inicia desde el nacimiento hasta los 25 años, en la cual se da el desarrollo físico y el aprendizaje básico. La segunda edad comprende desde los 26 años hasta los 60; en esta etapa, el adulto enfoca sus preocupaciones y esfuerzos en el trabajo, la familia y la paternidad. La tercera edad y última, va desde los 60 años en adelante; en la misma, el adulto puede experimentar menos presión externa y más desarrollo interno. Es una época 'para retribuir a la

sociedad las lecciones recursos y experiencias acumuladas y vividas durante toda una vida (Dychtwald K 1990)

No importa como podamos clasificar dividir o nominar este periodo de la vida, la tercera edad lo que si estamos seguros es que es una etapa de desarrollo que implica cambios que se deben a una compleja interaccion entre maduracion y aprendizaje

Los psicólogos recientemente han aceptado la idea de que el desarrollo humano dura toda la vida Es lo que han llamado desarrollo del ciclo de vida proceso de adaptación a lo largo de toda la existencia

Paul Baltes (1987) planteo los principios del desarrollo del ciclo de vida

- Desarrollo dura toda la vida Cada etapa del ciclo es el resultado de la influencia de lo que paso antes y esto afecta lo que vendra. Esta etapa es unica y posee sus propias propiedades
- Desarrollo depende de la historia y el contexto Todo individuo tiene vivencias individuales particulares en su desarrollo en la cual experimenta influencias externas e internas en un entorno social e histórico
- Desarrollo es multidimensional y multidireccional Se refiere a las ganancias y pérdidas que pueden experimentar
- Desarrollo es flexible o plástico La plasticidad es buscar la forma de mejorar o modificar el desempeño Estando en la tercera edad se puede por medio de entrenamiento tácticas o prácticas mejorar la memoria.

Muchos de los cambios que experimenta el adulto en su desarrollo se dan en su Yo Aunque estos cambios de desarrollo son en las áreas de personalidad intelectual social y física, las mismas están interrelacionadas afectando e influenciando una a la otra.

Erikson fue pionero en la perspectiva del ciclo vital y enfatizó sobre la influencia de la sociedad en el desarrollo de la personalidad Además afirmo que el desarrollo del Yo dura toda la vida (Erikson E 1950)

Desarrolló ocho etapas en su teoría psicosocial en la cual se experimenta un conflicto o crisis de la personalidad en cada etapa. La manera en que se resuelva el conflicto en cada etapa incide en la próxima.

Erikson menciona que la última etapa de la edad adulta tardía es la integridad del Yo frente a la desesperación. El adulto realiza una evaluación visualizando su vida total. Si el adulto se siente conforme con lo alcanzado, además sabe que realizó su mejor esfuerzo, se siente satisfecho y no tiene arrepentimientos importantes sobre lo que pudo haber sido diferente. Se dice que habrá desarrollado la integridad del *ego* que solo se alcanza después de haber luchado contra la desesperación. El adulto temerá a la muerte si está invadido por la desesperación porque sabe que no es posible volver hacia atrás. Por otro lado, si el adulto experimenta integridad porque se siente conforme con la forma en que ha vivido su vida, alcanza la sabiduría. Con la sabiduría, el adulto acepta el cambio y sus limitaciones entre otras.

Erikson considera que los adultos en esta crisis enfrentan la necesidad de aceptar su vida, lo que han vivido, con el objetivo de aceptar su muerte. Luchan por lograr la integridad en vez de experimentar la desesperación sobre la incapacidad para volver a vivirla de manera diferente.

Los que no alcanzan a superar la crisis según Erikson experimentan desesperanza, porque no les queda tiempo para aceptar lo vivido y no pueden enmendar su situación.

Maslow (1954) realizó sus estudios con personas que tenían más de 60 años y descubrió que estos adultos alcanzaban autorrealización porque ya habían satisfecho sus necesidades de orden inferior o primarias y ahora estaban atraídos o motivados por valores que iban más allá de sus necesidades personales. Los mismos se conducían de manera independiente, autosuficiente, libres sin prejuicios y sin limitaciones culturales. También observó que la mayoría de ellos habían establecido estrechas relaciones con unos cuantos amigos y estaban

abiertos a otras amistades pero con frecuencia requerian privacidad y soledad (Maslow 1968 Shaffer 1978)

Papalia (2004) dice que el pensamiento en la edad adulta con frecuencia es mas maduro abierto flexible individualista y adaptativo. Ademas se basa en la intuición estado anímico (emocion) y el razonamiento lógico para así poder afrontar su mundo que parece caótico. Implementan las experiencias previas a las situaciones ambiguas que deben enfrentar. Se caracteriza por la capacidad para afrontar y manejar la incertidumbre ambigüedad irregularidad contradicción imperfección y compromiso. Esta etapa de la cognición adulta, se denomina pensamiento posformal. El mismo es relativista y maneja la informacion en un contexto social. Este pensamiento se desarrolla como una respuesta ante situaciones e intercambios que permiten que se abran formas diferentes e inusuales de visualizar las experiencias. El adulto trasciende su sistema lógico y utiliza otras opciones.

Papalia (2001) citó al destacado investigador Jan Sinnott (1984 1998) quien propuso varios criterios del pensamiento posformal.

- Herramientas de cambio. Se refiere a la habilidad de poder cambiar entre el razonamiento abstracto y las consideraciones prácticas del mundo real y viceversa.
- Causalidad multiple soluciones multiples. Nos indica que los conflictos o problemas pueden tener variedad de causas y a su vez, hay una gama de alternativas para la solución. Ademas alguna alternativa puede ser más eficaz o efectiva.
- Pragmatismo. Es poder seleccionar o elegir la mejor entre varias soluciones utilizando ciertos criterios para la elección.
- Conciencia de la paradoja. Es reconocer que un problema o solución implica un conflicto inherente.

Por otro lado Warner Schaie (1977 1978) propuso un modelo de desarrollo cognoscitivo durante todo el ciclo vital. En su modelo considera los usos del

intelecto en desarrollo dentro de un contexto social Las siete etapas que planteó se basan en objetivos que se tengan en cada una, los mismos cambian con la adquisición de información, la integración del conocimiento y la búsqueda de significado y propósito

Las etapas de Schaie que involucran a los de la tercera edad son las tres últimas a continuación las mencionamos

- 1 Etapa reorganizadora. La misma abarca el fin de la mediana edad hasta el inicio de la edad adulta tardía Los individuos al jubilarse hacen cambios y ajustes en sus horarios funciones y ocupaciones Se reorganizan y eligen sus actividades que ocuparán el lugar de su trabajo compensado
- 2 Etapa reintegradora Se da en la edad adulta tardía El adulto es consciente de sus limitaciones en el funcionamiento cognoscitivo por cambios biológicos y se enfoca en tareas que puedan realizar o cumplir y que además tengan mayor importancia o significado para ellos
- 3 Etapa de creación de legado Comprende la vejez avanzada. Se espera que el adulto de la tercera edad pueda decidir en cómo desea su funeral a quién le deja sus posesiones comparta historias en conversación o por escrito como un legado a sus familiares y seres queridos Esto implica competencias cognoscitivas en un entorno emocional y social

1.3 Cambios durante la tercera edad

Como es de nuestro conocimiento el ser humano al encontrarse en la tercera edad experimenta múltiples cambios tanto a nivel físico como emocional A continuación hacemos referencias de algunos de ellos

○ Cambios físicos

Los cambios físicos que experimentan los adultos de la tercera edad son evidentes y se pueden observar por los demás Todos podemos hacer cálculos de la edad que otra persona pueda tener por cómo se ve físicamente A medida que se envejece se puede

notar que la piel tiende a palidecer se puede llenar de manchas y pierde elasticidad y a medida que se reducen las grasas y los músculos la piel empieza a arrugarse Las venas varicosas de las piernas se hacen mas evidentes El cabello se vuelve mas blanco y se pone más fino y el vello corporal se va perdiendo

A medida que transcurren los años se puede ir perdiendo estatura porque se atrofian los discos entre las vértebras espinales

También la composición química de los huesos cambia, incrementado así el riesgo de fracturas en esta etapa

Algunos experimentan una declinación aguda en el funcionamiento sensorial y psicomotor otros no sienten que su vida diaria cambia Los deterioros tienden a ser mas severos a medida que los años transcurren

Los problemas visuales y auditivos pueden privarlos de actividades relaciones sociales e independencia (Dey Pratt Lenzner y Robinson 2001) y los deterioros motores pueden limitar las actividades cotidianas Las nuevas tecnologías como la cirugía correctiva para las cataratas los aparatos para mejorar la audición o los implantes cocleares para corregir la pérdida auditiva, ayudan a muchos ancianos a evitar las limitaciones sensoriales A continuación ampliamos un poco más los cambios que pueden presentar en diferentes áreas ya que para los adultos de la tercera edad estos deterioros generan preocupación y tristeza porque no tienen la misma energía y vitalidad de antes En otras palabras no sienten que su cuerpo físico les acompaña a como se pueden sentir emocionalmente

○ **Cambios en la visión**

La visión es uno de los sentidos que se ve afectado con el pasar del tiempo Se experimenta problemas para percibir la profundidad o el color o para realizar actividades como leer coser hacer compras y cocinar Las pérdidas en la sensibilidad visual de los contrastes causan dificultades para la lectura de caracteres pequeños o muy claros (Akutsu, Legge Ross y Schuebel 1991 Kline y Scialfa, 1996)

El mayor riesgo de colisión de los conductores ancianos está relacionado no tanto con la pérdida de agudeza visual sino con el deterioro de la atención visual el tiempo de

reacción es más lento la coordinación menos eficiente y el procesamiento visual mas lento (Owsley et al 1998 Wiseman y Souder 1996)

Los problemas visuales moderados a menudo pueden ser atendidos con lentes correctivos tratamiento médico o quirurgico o con cambios en el ambiente Sin embargo casi uno de cada cinco adultos de 70 años o mas tiene pérdidas visuales que no es posible corregir con anteojos o lentes de contacto

La mayoría de los problemas visuales son causados por cataratas degeneracion macular relacionada con la edad Mas de la mitad de las personas mayores de 65 años desarrollan cataratas areas nubosas u opacas en el cristalino del ojo que con el tiempo causan visión borrosa La cirugía para eliminar las cataratas por lo general es exitosa y es una de las operaciones mas comunes entre los estadounidenses ancianos

○ Cambios en la audición

Otro cambio frecuente que se presenta en los adultos de la tercera edad y que es progresivo es la pérdida de la audición

O Neill (1999) encontró que el 43 por ciento de los ancianos tienen pérdidas de audicion causadas a menudo por la presbiacusia que es una reduccion en la capacidad para escuchar sonidos de tono alto que se relaciona con la edad La presbiacusia hace difícil escuchar lo que otra gente dice en especial cuando existe la competencia de ruido de la radio la televisión o de varias personas hablando a la vez Otras causas de la pérdida de audicion son la exposición extrema o cronica a ruido fuerte tabaquismo una historia de infecciones del oido y una larga exposición a ciertos quimicos (Desai 2001) Asimismo las pérdidas de audicion contribuyen a la falsa percepción de la gente anciana como distraida, despistada e irritable

Alrededor del 17 por ciento de las personas mayores de 85 años son totalmente sordas (Desai 2001) La probabilidad de presentar problemas de audición es mayor entre los hombres que entre las mujeres y más entre los blancos que entre los negros

- **Cambios en el gusto y olfato**

El sentido del gusto depende de lo que se puede oler. Así que si alguno de los dos se afecta o deteriora por ende el otro también.

Papalia (2004) subraya que la pérdida de ambos sentidos son una parte normal del envejecimiento pero también pueden ser causada por una amplia variedad de enfermedades y medicamentos por cirugía o por exposición a sustancias nocivas en el ambiente.

Existen varias razones por la cual un individuo de la tercera edad o más se puede quejar que su comida ya no sabe bien entre estas están, menos papilas gustativas o porque los receptores del gusto no trabajan de manera adecuada. También puede ser porque el bulbo olfatorio, el órgano en el cerebro que es responsable del sentido del olfato u otras estructuras cerebrales relacionadas están dañadas (Schiffman 1997).

- **Cambios en la fortaleza, equilibrio y tiempo de reacción**

A medida que pasan los años los adultos de la tercera edad tienen menos fortaleza y además experimentan ciertas limitaciones al realizar actividades que requieren resistencia o fuerza para cargas pesadas. A los 70 años los adultos pierden entre un 10 a 20 por ciento de su fortaleza, más en sus músculos de la parte inferior del cuerpo. La resistencia para caminar declina de manera más consistente con la edad (Van Heuvelen, Kempen, Ormel y Rispens 1988). Esto hace que las probabilidades de sufrir caídas y fracturas aumenten. Otra razón de la susceptibilidad de los ancianos a las caídas es la menor sensibilidad de las células receptoras que dan información al cerebro acerca de la posición del cuerpo en el espacio, la cual es necesaria para mantener el equilibrio. Los reflejos son más lentos y la menor percepción de la profundidad también contribuye a la pérdida de equilibrio (Agency for Healthcare Research and Quality and CDC 2002, Neporent, 1999).

- **Condiciones crónicas y discapacidades**

Los adultos de la tercera edad tienen que enfrentar que su salud no es la misma a tal punto que van a recibir diagnósticos por los síntomas que le aquejan.

La mayoría de ellos tienen una o más condiciones físicas crónicas o discapacidades. Estas condiciones se hacen más frecuentes con la edad.

Casi la mitad de los ancianos estadounidenses sufren artritis; más de la tercera parte tiene hipertensión; más de la cuarta parte padece una enfermedad cardíaca, casi una quinta parte tiene problemas ortopédicos y una décima parte tiene diabetes. Cerca de 29 por ciento de las personas de 65 a 74 años y 50 por ciento de los mayores de 75 años limitan sus actividades debido a las condiciones crónicas (Administration on Aging, 2001).

La artritis es el problema crónico de salud más común entre los ancianos. Sus formas principales son la osteoartritis o enfermedad degenerativa de las articulaciones que afecta con mucha frecuencia las articulaciones que soportan peso como las caderas y las rodillas, y la artritis reumatoide, una enfermedad agobiante que destruye de manera progresiva el tejido de las articulaciones (Papalia, 2004).

Desde mediados de la década de 1980 la proporción de ancianos con discapacidades físicas ha disminuido (Kramarow et al., 1999). Sólo alrededor de 14 por ciento tiene dificultades para realizar las actividades de la vida diaria como vestirse, comer, bañarse y moverse alrededor de la casa. Las discapacidades se incrementan de manera considerable con la edad: casi tres cuartas partes de las personas de 80 años y más reportan al menos una discapacidad, y más de la tercera parte requiere asistencia debido a las discapacidades (Administration on Aging, 2001).

○ Cambios psicológicos

Wilson Beckett (2002) encontró que la declinación de la salud mental no es característica propia de la vejez. Sin embargo, los trastornos mentales y conductuales que se pueden presentar en los adultos de la tercera edad pueden ser devastadores.

Las causas del envejecimiento y evolución mental normal de la vejez se deben a la intervención de cuatro factores:

- a el deterioro progresivo de las funciones físicas
- b el declive progresivo de las funciones y facultades mentales
- c Los cambios del medio familiar y vida profesional

d Las reacciones o respuestas del individuo ante estos factores

Los tres primeros factores afectan directamente el mundo interno del sujeto generando actitudes expresadas

Estar en la tercera edad, implica un proceso continuo de crecimiento intelectual psicológico y emocional. El adulto revisa el camino recorrido hasta ese momento y puede sentirse realizado o satisfecho por lo que ha logrado aun con algunos fracasos que pudo tener. Por otro lado otros experimentan frustración, tristeza y hasta dolor porque al ver su camino recorrido ven mas dolor y errores que éxitos.

Al llegar a la etapa de la tercera edad se debería poder aceptar el ciclo vital individual y unico de uno mismo porque uno es responsable de su propia vida.

Sabemos que es posible morir a cualquier edad pero las probabilidades de que ocurra en esta etapa es mayor. Por esto es importante elaborar la proximidad a la muerte.

El pensamiento reflexivo permite revisar y contemplar el pasado vivido también a valorar su vida actual y futura a pesar de las amenazas y riesgos físicos y economicos.

Aquellos que se sienten frustrados y arrepentidos de su desarrollo personal serán invadidos por la desesperación porque es muy tarde para intentar comenzar otra vida.

El duelo se hace manifiesto en varias ocasiones porque debe enfrentarse a un sinnúmero de pérdidas de colegas, amigos y familiares.

Además deben superar su status laboral y el desgaste de la salud física y habilidades.

La jubilación puede generar diferentes impactos. Unos lo ven como el momento de liberarse de estrés y compromisos laborales y así poder disfrutar del tiempo libre. Para otros es un tiempo que genera mucha incertidumbre y ansiedad porque el retiro lo sienten como una pérdida de poder adquisitivo, status y prestigio y esto les afecta en su autoestima.

Esta transición de ser activo laboralmente a no tener una ocupación con funciones definidas puede ser difícil para algunos y puede generar consecuencias emocionales.

En esta etapa se adquiere un nuevo rol el de ser abuelo. La nueva relación abuelo nieto se puede utilizar como intento de reparar lo no realizado con el hijo. El abuelo cumple una

función de transmisión y continuidad de tradiciones familiares en donde se dejan legados
A través de los nietos se transmite la historia familiar

Una tercera edad plena se caracteriza por poseer una actitud reflexiva, reparando sus logros y fracasos con todos los errores y defectos cometidos. Se debe aceptar lo vivido y disfrutar de los placeres que esta etapa brinda.

1.4 Problemas de la tercera edad

Recientemente se ha comprobado que las personas están viviendo más tiempo y más en los países desarrollados. Esto se debe al crecimiento económico; además las personas han creado conciencia de tener una mejor nutrición, estilo de vida saludable, previenen enfermedades infecciosas, buscan atención médica entre otras (Kinsella y Velkoff 2001). Muchos de los problemas que se presentan en la vejez se deben o se le atribuyen a los estilos de vidas que tuvo el adulto previamente en etapas más tempranas o a enfermedades que pudieron presentarse anteriormente.

Kinsella y Velkoff (2001) encontraron que la población anciana del mundo creció por más de 795 000 y estiman que para el 2025 aumente más del doble. Se espera que 800 millones de personas sean mayores de 65 años. Esto nos indica que si la población envejece, por ende también aumentan los riesgos de enfermedades físicas y mentales.

1.4.1 La Salud

La diversidad del ser humano igualmente se ve reflejada en los cambios del funcionamiento orgánico, los cuales son variables en cada individuo. Algunos experimentan un rápido desgaste o declinación en sus sistemas corporales, mientras que otros difícilmente lo vivencia. Kiecolt Glaser y Glaser (2001) mencionaron que el proceso de envejecimiento unido con el estrés crónico hace que el funcionamiento inmunológico se deprima, dando como resultado que los individuos de la tercera edad sean más susceptibles a infecciones respiratorias, resfriados y hasta neumonía. Los cambios más delicados y serios que pueden presentarse son los relacionados a afecciones cardíacas, los cuales involucran una disminución o irregularidad en el ritmo, acumulación

de grasas alrededor del corazón interfiriendo así su buen funcionamiento y el aumento de la presión sanguínea.

La salud también se puede ver afectada por la declinación en la capacidad de reserva orgánica. La capacidad de respaldo ayuda a los sistemas corporales a poder seguir funcionando hasta cierto límite en situaciones de estrés. Lo que ocurre en la tercera edad es que los niveles de reserva tienden a caer haciendo que la capacidad de respuestas a las demandas o necesidades físicas no sean las mismas porque han perdido energía y vitalidad. Esto se ve reflejado en su tiempo de reacción y eficiencia.

A partir de los 30 años el cerebro progresivamente comienza a perder peso y a encogerse. Puede que a los 90 años se haya perdido el diez por ciento de su peso. El encogimiento se da mayormente en la corteza frontal. Esta área es de la memoria y el funcionamiento cognoscitivo de alto nivel (West, 1996; Wickelgren, 1996).

Vemos entonces que se experimenta muchos cambios entre estos la pérdida de materia cerebral. El sistema nervioso se hace más lento afectando así la coordinación física, la cognición y la reacción a los estímulos. También debe enfrentar un deterioro en el funcionamiento sensorial y psicomotor. Lo que algunas veces le impide poder realizar sus actividades a cabalidad, sus relaciones sociales y hasta su independencia. Por otro lado también le trae como consecuencias accidentes, caídas, limitaciones en funcionamiento.

Existe el envejecimiento primario, el cual es un proceso progresivo de deterioro físico que inicia desde temprano en la vida y continúa con el pasar de los años. Para este no hay prevención. Es el envejecimiento secundario que es producto de las enfermedades que se presentan por descuido, abuso y desuso del cuerpo. Este se podría evitar porque está en parte en control del individuo (Busse, 1987; J. C. Horn y Meer, 1987).

El deterioro o declinación de la salud mental no es necesariamente una característica en la tercera edad (Wilson, Beckett, 2002). Pero la realidad es que a medida que transcurren los años los problemas de salud se hacen presentes y persistentes. Además son potencialmente incapacitantes. En su mayoría se presenta en cada uno una o más condiciones físicas crónicas o discapacidades.

1 42 Problemas mentales y conductuales

Baltes (1987) en su enfoque del desarrollo del ciclo de vida menciona que la edad trae consigo ganancias y pérdidas. Los adultos de la tercera edad al tener que afrontar y aceptar que su cuerpo y mente ya no es el mismo de antes lo ven como problemas que deben atender.

Habilidades como la rapidez de los procesos mentales y razonamiento abstracto se ven afectados en la tercera, mientras que tienden a mejorar la integración del pensamiento práctico (Sternberg, Grigorenko, Oh, 2001).

Por otro lado, la mala memoria o la frecuencia con que se olvidan las cosas es en gran medida una señal de envejecimiento. El olvido es algo que afecta emocionalmente a los adultos de la tercera edad.

La memoria a largo plazo se divide en tres componentes primordiales:

- a Memoria episódica que tiene que ver con recordar los eventos que sucedieron recientemente. Ejemplos de estos son, si se cerró el carro al estacionarse o si se apagó la estufa al salir de casa o simplemente si se puede recordar que desayunó en la mañana. Estos tipos de eventos son registrados en la memoria episódica que es la que tiene mayor probabilidad de deteriorarse con la edad.
- b Memoria semántica es la que tiene almacenada todos los conocimientos adquiridos como significados de palabras, idiomas, hechos históricos, direcciones, hábitos y costumbres sociales, entre otros. Esta memoria experimenta poco deterioro con la edad.
- c Memoria procedimental o memoria implícita, la cual permite realizar funciones o tareas automáticamente sin tener que realizar un esfuerzo consciente para ejecutar algo aprendido como montar bicicleta, manejar un automóvil o hábitos para llevar a cabo las cosas.

Los adultos de la tercera edad tienen pérdida de la memoria episódica, porque tienen problemas en los tres pasos requeridos para procesar la información en la memoria: la codificación, el almacenamiento y la recuperación. Esto se refleja en que ellos tienden a

ser menos eficientes y precisos al codificar nueva informacion para facilitar su recuerdo (Craik y Byrd 1982) Otra hipótesis es que el material almacenado puede deteriorarse al punto en que la recuperacion se torna dificil o imposible Camp y Mckitrick (1989) encontraron en una investigacion que realizaron que con la edad ocurre un pequeno incremento en la falla de almacenamiento También en las tareas de reconocimiento les cuesta y les toma mas tiempo buscar en su memoria (Lovelace 1990)

Como ya sabemos la tercera edad es un grupo de la población que está en riesgo de padecer trastornos mentales y conductuales

Una de las mas comunes y temidas entre los adultos de la tercera edad es la enfermedad de Alzheimer la cual produce demencia La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa causando deterioro cognitivo y trastornos conductuales Se caracteriza principalmente por una pérdida progresiva de la memoria. De manera gradual despoja a los pacientes de su inteligencia, conciencia e incluso de la capacidad para controlar sus funciones corporales La edad avanzada es el principal factor de riesgo para sufrir esta enfermedad

Los sintomas más comunes son alteraciones del estado de ánimo y de la conducta, pérdida de memoria, dificultades de orientación problemas de lenguaje y alteraciones cognitivas

Se estima que en Estados Unidos cuatro millones de personas la padecen y cada año se diagnostican casi cuatrocientos mil casos nuevos Por lo general la enfermedad de Alzheimer empieza después de los 60 años y el riesgo aumenta notablemente con la edad (Alzheimer s Disease Part I 2001)

La enfermedad de Parkinson es el segundo trastorno más comun que involucra una degeneracion neurológica progresiva, se caracteriza por temblores rigidez movimientos lentos y postura inestable (Nussbaum 1998)

1.5 Principales teorías de la tercera edad

Hacemos referencias a las teorías de la personalidad que comprenden la tercera edad y las teorías biológicas que tienen que ver con el envejecimiento

Erikson (1950) elaboró su 'teoría psicosocial' su última etapa de integridad frente a desesperación es la comprendida desde los 60 años hasta la muerte. Estos adultos tienen la tarea primordial de lograr una integridad con un mínimo de desesperanza. Lo primero que experimentan es un distanciamiento social porque ya no se sienten tan útiles y hábiles porque su cuerpo no responde como antes. Además comienzan a tener síntomas que le impiden realizar sus actividades con el mismo vigor que tenían antes. Como aparecen enfermedades también surgen las preocupaciones relativas a la muerte. Influye a su vez, las desapariciones físicas de sus amigos. El adulto comienza a sentir desesperación y lo induce algunas veces evaluando su pasado. Su integridad ya sea le permitirá llegar al final de su vida. Si su tendencia es mal adaptativa, no podrá afrontar bien esta etapa creando así dificultades en la senectud.

Por otro lado, el psicoanalista Carl Jung (citado por Craig G. 2001) observó que las personas de la tercera edad se esforzaban para seguir desarrollándose a sí mismas porque pensaban que aun estando en esta etapa no se había alcanzado una personalidad integrada. Mencionó que estos adultos experimentaban un cambio de orientación porque sentían que habían cumplido con sus familias ya que habían salido adelante y por otro lado sus vidas profesionales habían llegado a su fin. Esto daba la oportunidad que fueran libres para cultivar sus propias preocupaciones, reflexionar sus valores y también explorar su mundo interno. Jung veía esto como una necesidad y un deber hacia el sí mismo. Este cambio de orientación lleva al adulto a ser más reflexivo y a la introspección.

Las teorías sobre el envejecimiento biológico en su mayoría caen en dos categorías que a continuación mencionamos:

a. Teorías de programación genética. Estas se basan en que los cuerpos se deterioran o envejecen porque es parte del proceso normal del desarrollo y es determinada por los genes.

Hayflick (1981) descubrió que las células enfrentan el mismo proceso de envejecimiento en el cuerpo y por ende existe un límite de tiempo biológico al ciclo de vida de las células humanas.

Dentro de esta teoría podemos mencionar la teoría de la senectud programada, que nos describe que producto del envejecimiento da el encendido y apagado progresivo de ciertos genes. Estos genes dejan de funcionar ante el deterioro o desaparición de funciones relacionadas con la edad como la visión, audición y motricidad. Otra teoría es la endocrina, en la cual el reloj biológico funciona por medio de las hormonas para controlar el proceso del envejecimiento. Lo que ocurre es que la división celular se detiene (De Lange 1998)

Por último la teoría inmunológica que hace referencia al deterioro de las funciones del sistema inmunológico lo que trae como resultado una mayor vulnerabilidad a las enfermedades infecciosas causando así el envejecimiento y hasta la muerte.

También inciden e interactúan en este proceso los factores ambientales y de la experiencia individual de cada ser humano (Finch y Tanzi 1997)

b Teorías de tasa variable. También se les conoce como teorías del error. opinan que el envejecimiento es producto de la individualidad del ser humano y es influenciado por factores externos e internos. Esta teoría, señala que el envejecimiento es producto de errores fortuitos o agresiones ambientales a los sistemas biológicos. Otros teóricos lo atribuyen al metabolismo que es el proceso mediante el cual el cuerpo obtiene su energía por medio de los alimentos y energía (Schneider 1992)

La teoría de tasa variable involucra la teoría de desgaste que nos indica que las células y tejidos se deterioran y desgastan. El cuerpo pierde la capacidad con los años de poder repararla o reconstituir los componentes dañados.

Otra teoría, es del radical libre en la cual los átomos o moléculas de oxígeno no son estables. Esto hace que se dañen las membranas celulares, las proteínas, grasas, carbohidratos y hasta el ADN. Esto puede dar como resultado que las células y los órganos con el tiempo dejen de hacer su función.

La teoría de la tasa de vida, nos indica que el metabolismo mientras más rápido trabaje así mismo será el desgaste lo cual puede determinar el tiempo de vida.

Por último la teoría auto inmune que se debe a un mal funcionamiento llamado autoinmunidad en el cual el sistema inmunológico por el desgaste y el envejecimiento se confunde y ataca sus propias células con los anticuerpos

1.6 Factores estresantes o de riesgo

En la tercera edad se vive una incertidumbre de ¿cuántos años se vivirá? Este es un tema que genera estrés en el individuo. Pero lo contrarresta con la esperanza de poder vivir más tiempo. Pero detrás de este deseo y anhelo está el temor de ir perdiendo vitalidad, salud y las facultades físicas y mentales. Su preocupación no es solo saber por cuántos años vivirá, sino la calidad de vida que tendrá en esta etapa.

Es necesario mencionar qué adultos realizan un mejor ajuste saludable en su tercera edad: si una persona inactiva que se pasa en una mecedora y contempla el pasar del mundo o una que se mantiene ocupada durante casi todo el día. Sabemos que de acuerdo con la teoría del retiro, el envejecimiento normal implica una reducción gradual en la participación social y una mayor preocupación por el Yo. De acuerdo con la teoría de la actividad, entre más activa permanezca la persona, mejor envejece.

Cumming y Henry (1961) fueron los precursores de la teoría del retiro; ellos sostenían que las declinaciones en el funcionamiento físico y la conciencia de la proximidad de la muerte producen un alejamiento gradual e inevitable de los roles sociales como colaborador, empleado, cónyuge y padre. Además, la sociedad deja de proporcionar roles útiles a la tercera edad, lo que provoca el mutuo distanciamiento o alejamiento.

La teoría de la actividad sostiene que los roles de un adulto son las principales fuentes de satisfacción. Entre mayor sea la pérdida de roles a través de la jubilación, la viudez, distancia de los hijos o la enfermedad, menos satisfecha estará la persona. Las personas que envejecen bien, mantienen tantas actividades como les es posible y encuentran sustitutos para los roles perdidos (Neugarten, Havighurst y Tobin, 1968).

1 61 La Jubilación

La jubilación se convierte durante muchos años en un anhelo de muchos individuos en alcanzarla, porque durante sus años de productividad laboral debe enfrentar un sin número de situaciones estresantes

Si bien es cierto la jubilación es tan esperada, pero al momento de afrontarla se experimenta un proceso continuo de cambios ajustes y adaptaciones. Este proceso de transición se ve influenciado y afectado por los recursos internos y personales que tenga la persona, (personalidad, posición socioeconómica y salud) los recursos de las relaciones familiares y sociales como el apoyo del conyuge amigos y familiares y recursos económicos entre otros (Kim y Moen 2001 2002)

También influye la moral y cómo se sentía la persona antes que se diera la jubilación. En un estudio longitudinal realizado durante 2 años con 458 hombres y mujeres blancos casados relativamente saludables entre 50 y 72 años los hombres cuya moral había sido baja tendían a disfrutar un impulso durante el período de luna de miel justo después de la jubilación. Por otro lado la jubilación continua se asociaba con un incremento en los síntomas depresivos sobre todo entre los hombres que habían experimentado antes esos síntomas

Después de la jubilación durante los primeros años las personas tienen la necesidad de un apoyo emocional que les haga sentir que aun son valoradas y así les es más fácil afrontar los cambios en sus vidas (Tarnowski y Antonucci 1998)

Los individuos que experimentan la jubilación pueden sentir la pérdida de un papel que es central para su identidad o quizás disfrute la pérdida de las presiones que se van con ese papel (Kim y Moen 2002). Además la jubilación trae consigo otros ajustes a los roles porque no solo altera el ingreso del hogar sino que también cambia la división del trabajo doméstico la calidad matrimonial y la distribución del poder y la toma de decisiones. Se puede disponer de más tiempo para tener contacto con la familia extendida y los amigos así como para cuidar a los nietos. Sin embargo los diagnósticos enfermedades o discapacidades inesperadas o los problemas matrimoniales de los hijos adultos pueden afectar la experiencia de la jubilación (Szinovacz y Ekerdt, 1995)

1 62 Maltrato de la tercera edad

Muchos individuos que se encuentra en esta etapa son objeto de maltrato Pero ¿cómo podría alguien maltratarlo? El maltrato cae en cuatro diferentes categorías

- a Violencia física con intención de lastimar
- b Abuso psicológico o emocional que puede incluir insultos y amenazas de abandonarlo o recluirlo en una institución asilo
- c Explotación material o malversación de dinero o propiedades
- d Negligencia.

Podemos pensar que el maltrato hacia los ancianos es producto de una deformación en la cultura Muchas veces se piensa que lo viejo ya no es útil por esta razón se ve a los adultos como una carga o estorbo El maltrato más frecuente es el de abandono y falta de cuidados

En referencia al abuso financiero este conlleva el adueñarse o apropiarse del dinero y bienes sin autorización de los adultos porque los mismos en ocasiones no tienen la capacidad de hacerse cargo

El abuso psicológico y físico se da por las personas encargadas de cuidar a los adultos y muchas veces es por el exceso de trabajo y además porque los adultos se ponen difíciles y exigentes

Uno de los efectos más frecuente del maltrato a los adultos de la tercera edad es la depresión lo cual puede estimular el deseo de morir

1 7 Factores psico-sociales que inciden en la tercera edad

Son muchos los factores del entorno que inciden e influyen en el desarrollo o no del trastorno depresivo mayor Todo va a depender en la capacidad del individuo para responder a las exigencias o demandas del entorno

Todas las circunstancias externas que generen una ansiedad o estrés en el adulto de la tercera edad se convierten en factores precipitantes de los trastornos afectivos. Si este adulto tiene una vulnerabilidad es muy probable que se inicie una depresión.

Se cree que los eventos que más precipitan a una depresión son los inesperados, no deseados y los no controlados, los cuales se convierten en una amenaza creando así incertidumbre. Los más comunes son las separaciones, pérdidas físicas, jubilación, abandono, diagnósticos de enfermedades, entre otros.

También se ha observado que adultos de la tercera edad con depresión mayor no tienen en sus antecedentes más recientes acontecimientos desfavorables que se vinculen a la tristeza que experimentan.

Debemos siempre evaluar a parte de los acontecimientos estresantes los factores biológicos, psicológicos y sociales.

2 ESTUDIOS REALIZADOS CON ADULTOS DEPRIMIDOS

La depresión es un trastorno frecuente que está presente y distribuido en todo el mundo. Los estudios poblacionales en Estados Unidos demuestran una prevalencia de 15 días de síntomas depresivos de 10.8% para hombres y 20.8% para las mujeres (Eaton W y Kessler L, 1981).

Otro estudio de prevalencia en población general que incluyó a diez países encontró prevalencias dispares con las mayores prevalencias en El Líbano con un 19% y países de Europa, entre los cuales podemos mencionar a Italia con un 12.4%, Francia 16.4% y Alemania 9.2% (Weissman y otros autores, 1996). En este no participo ningún país de sur o Centroamérica.

En el 2005, Estados Unidos realizó un estudio nacional de comorbilidad utilizando la entrevista estructurada CIDI para el diagnóstico de depresión mayor y encontraron una prevalencia de 9.5% (Kessler, Demler, Merikangas y Walters, 2005).

En tres grandes ciudades de Brasil se realizó un estudio de prevalencia en la población general en el cual encontraron una prevalencia para estados depresivos incluyendo depresión mayor entre 1 9% y 5 9% para hombres y 3 8% a 14 5% en mujeres (Almeida Filho N y otros autores 1997)

En Chile se han realizado estudios de prevalencia de trastornos psiquiátricos en la población en general Uno de ellos es de trastornos mentales comunes en Santiago que utiliza la entrevista estructurada CIS R En el mismo se encontró la prevalencia de una semana de un 2 7% para hombres y un 8 0% para mujeres de episodio depresivo que incluye las principales categorías del CIE 10 (Araya, R 2001) El otro estudio es el Estudio Chileno de Prevalencia de Patología Psiquiátrica realizado en cuatro ciudades grandes de Chile incluyendo Santiago encontrando el trastorno depresivo mayor con una prevalencia de vida en hombres y mujeres del 9 0% y con una prevalencia de 6 meses en hombres y mujeres del 4 6% (Vicente B 2002)

En Chile se llevó a cabo un Estudio de Carga de Enfermedad en el cual dan a conocer las principales causas de discapacidad de la población general ocupando el tercer lugar la depresión (Concha, M 1996)

Gallagher y Thompson (1982) realizaron un estudio para comparar la efectividad de las terapias cognitivas terapias conductuales y terapias breves orientadas al *insight* con adultos mayores de 55 años diagnosticados como clínicamente deprimidos Los tres grupos mostraron una reducción en los síntomas pero los grupos que habían recibido terapia cognitiva y conductual eran los únicos que mantenían los logros terapéuticos durante el seguimiento

Thompson Gallagher Thompson y Breckenridge (1988) efectuaron otro estudio en el cual asignaron aleatoriamente a 91 pacientes externos mayores con trastorno depresivo mayor a terapia cognitiva, conductual y terapia psicodinámica breve Los pacientes recibieron entre 16 y 20 sesiones de terapia individual de acuerdo a la necesidad Los resultados indicaron que las tres intervenciones terapéuticas (tratamiento) fueron

igualmente efectivas en la disminución de los síntomas depresivos. Después de dos años se realizó un seguimiento en el cual se encontró que los logros terapéuticos se mantenían en mayor medida en los pacientes que habían recibido terapia cognitiva o conductual. Ellos atribuyeron que no habían tenido recaídas porque habían implementado las habilidades aprendidas durante el tratamiento.

Lebowitz y otros (1997) realizaron estudios de la eficacia de la psicoterapia breve en pacientes con depresión durante la vejez. Demostraron a través de una investigación científica que la psicoterapia breve fue efectiva para reducir a corto plazo los síntomas de la depresión en ancianos que no podían o no querían tomar medicamentos.

3 EVOLUCION DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO

La depresión es un término muy frecuentado y común en nuestro vocabulario porque es utilizado por los individuos para describir cómo se sienten en determinado momento. La palabra depresión proviene del latín *depressio* que significa hundimiento. La depresión es un trastorno emocional que se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente. El término médico hace referencia a un síndrome o conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva: la tristeza patológica, el decaimiento, la irritabilidad o un trastorno del humor que puede disminuir el rendimiento o productividad o limitar la actividad vital habitual independientemente de que su causa sea conocida o desconocida.

3.1 Depresión en la tercera edad

Un problema grave en la tercera edad es la depresión. Las personas que experimentan diversas alteraciones más o menos deshabilitantes así como sufrimientos porque han perdido a su cónyuge, a sus hermanos, a sus amistades y algunas veces a sus hijos y que sienten que prácticamente ya no tienen control sobre su vida, tienen tendencia a la depresión (Papalia 1990).

Las estadísticas de Estados Unidos indica que el 6 por ciento de los dos millones de ancianos sufren alguna forma de depresión (NIMH 1999) Los síntomas de la depresión son mas comunes entre los adultos de la tercera edad que entre las personas mas jovenes

NIMH (1999) encontro que mas de ocho de cada diez personas con depresión pueden mejorar cuando reciben un tratamiento de medicamentos apropiados psicoterapia o ambos

En mi experiencia los adultos al llegar a la tercera edad pueden experimentar sentimientos encontrados al comenzar a evaluar reflexionar o meditar su vida pasada midiendo sus logros pasados fracasos alegrías y tristezas el rol que jugó en su familia como padre esposo(a) hijo(a) como profesional y ciudadano entre otros Este proceso de reminiscencia le ayuda a entender lo que sucedió y a encontrar direcciones para el futuro En esta etapa tardia de la vida es mas comun este fenomeno de revision de lo vivido lo cual a veces tambien hace resurgir conflictos no resueltos (Waters 1990) Si la respuesta que se da a la exploración solo destaca errores preocupaciones penosas recuerdos de desavenencias familiares rivalidades delitos cometidos buenas acciones que no se realizaron necesidad de recibir perdón secretos familiares agobiantes el resultado sera perturbacion desdicha y hasta depresión (Forward 1988 Katesnbaum, 1980)

Actualmente la tercera edad se entiende como un periodo de transición y reconstrucción no solo una epata donde se pierden roles (Kastenbaum 1980 Mardiyab y Weiss 1981)

Igualmente en la tercera edad se sufre de padecimientos físicos simplemente por su edad y ello implica incapacidad La sociedad aisla a estos individuos que con frecuencia deben reubicarse y terminan solos o recludos en casas de ancianos muchos de ellos deteriorados física y mentalmente Ello induce o empeora la depresion

Por otro lado estan aquellos que simplemente siguen su curso sin ver atrás reprimiendo y negando que están en esta etapa, en la cual se encuentran en riesgo de contraer enfermedades físicas y comenzar a sentirse mal (físicamente) tristes o molestos porque su ocupación o productividad no es la misma que antes Además tambien pueden sentirse más cerca de poder partir de la tierra o morir ya que probablemente han

experimentado el dolor de pérdidas cercanas de compañeros o familiares contemporáneos. Este puede ser un tema que evaden por temores internos existentes.

Todas estas situaciones generan un gran impacto en la vida psíquica y física del adulto en su tercera edad, lo cual lo hace propenso a tener cambios temperamentales y de carácter, a querer sentirse y actuar como una persona más joven, negando así que sus condiciones o facultades no tienen la misma vitalidad de antes.

Muchos de ellos llegan a ser diagnosticados con depresión. La depresión se considera uno de los trastornos mentales de mayor complejidad y frecuencia en la tercera edad. A ellos contribuyen una serie de factores, entre los que destacan la frecuente comorbilidad con enfermedades somáticas, la disminución de las funciones cognitivas y la presencia de acontecimientos vitales adversos (Kales, Valenstein, 2002; Sable, Dunn y Zisook, 2002). Al mismo tiempo suele ser la causa más frecuente de sufrimiento emocional en la última etapa de la vida (Blazer, 2003).

Un adulto de la tercera edad deprimido no siempre presenta incapacidad de experimentar placer (anhedonia), tristeza y labilidad emocional. Es frecuente que la depresión se oculte en manifestaciones físicas exageradas, en cansancio excesivo o síntomas somáticos de difícil diagnóstico y de ansiedad.

3.2 Criterios para el diagnóstico del trastorno depresivo mayor

De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos (DSM IV TR, 2003), los criterios para un diagnóstico de depresión mayor son los siguientes:

A. Presencia de 5 o más de los siguientes síntomas durante un periodo de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

1. estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto.

- 2 disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades 1 mayor parte del día, casi cada día
 - 3 pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso o pérdida o aumento de apetito casi cada día
 - 4 Insomnio o hipersomnia casi cada día
 - 5 Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día.
 - 6 Fatiga o pérdida de energía casi cada día
 - 7 Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día.
 - 8 Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o indecisión, casi cada día.
 - 9 Pensamientos recurrentes de muerte ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse
- B Los síntomas no cumplen los criterios para el episodio mixto
- C Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social laboral de otras áreas importantes de la actividad del individuo
- D Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p ej una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p ej hipotiroidismo)
- E Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p ej después de la pérdida de un ser querido) los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional preocupaciones mórbidas de inutilidad ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor

3.3 Factores que inciden en la aparición del trastorno depresivo mayor

Minkowski (1951) expresó que se puede envejecer bien o mal Esta etapa es una nueva situación existencial para el adulto de la tercera edad La adaptación a esta nueva situación depende de circunstancias biológicas y sociales que son factores intrínsecos y el entorno ambiental que se refiere a factores extrínsecos (Prendes 1978)

No se puede hacer responsable a un solo factor externo o interno del trastorno de depresión. Múltiples factores entre estos ambiente social hereditarios emocionales forman parte de la etiología e inciden en el origen de la depresión.

Lo que podemos mencionar es que existe una mayor o menor predisposición a desarrollarse o padecer un trastorno depresivo frente a los desencadenantes o detonantes. Cada persona tiene factores de vulnerabilidad, los cuales se combinan con las circunstancias de su vida desembocando así una depresión.

Cuando hablamos de vulnerabilidad nos referimos a los factores biológicos psicológicos y sociales que están presentes y facilitan o predisponen el desarrollo del trastorno.

En la tercera edad la sensación de inseguridad aumenta, la cual está reforzada o alimentada por diversos factores como desvinculación laboral limitaciones económicas modificaciones en el estilo de vida, aislamiento restricciones en el entorno social muerte de contemporáneos entre otros. Todas estas situaciones generan angustias que se manifiestan en sus conductas como desconfianza, rigidez, egoísmo etc.

También sufren cambios en su entorno social que afectan e influyen en su relación matrimonial como padres y demás relaciones interpersonales. Si se le dificulta la adaptación a estos cambios provocan abatimiento psicológico y por ende puede presentar un cuadro de enfermedad depresiva.

Otro tema difícil de pensar y hablar es el de la cercanía a la muerte el cual conlleva connotaciones psicológicas y la aceptación de la misma trae desasosiego desesperanza y tristeza.

La desesperanza y la ansiedad que se pueden presentar como respuesta al deterioro psicosocial es un aspecto de la tercera edad que se asocia a enfermedad depresiva. Además la pérdida de autonomía dificulta su adaptación al medio social favoreciendo la producción de trastornos afectivos.

Queremos mencionar otros factores de riesgo que inciden en la depresión de un adulto de la tercera edad.

Envejecimiento cerebral predispone a un déficit de los neurotransmisores por una disminución en su síntesis y al aumento de su degradación. Por otro lado, la pérdida neuronal determina la disminución en el número de los receptores de ellos.

Cambios internos trae como consecuencia una mayor lentitud para adaptarse a los cambios. Al mismo tiempo se actúa con una mayor cautela y proceso de reflexión.

Enfermedades que pueden estar asociadas a la depresión: demencia, enfermedad de Parkinson, enfermedad cerebrovascular, trastornos endocrinos (hipertiroidismo), diabetes, enfermedades cardiovasculares, cáncer, dolor crónico. Fármacos que se asocian a depresión: analgésicos, antiinflamatorios, neurolepticos, antineoplásicos.

Todas estas circunstancias pueden ser un detonante para la aparición de la depresión. Por esta razón la prevalencia de la depresión en la tercera edad es alta.

3.4 Principales teorías de la depresión

La depresión mayor es un proceso muy complejo y su desarrollo implica una historia multifactorial cuya probabilidad de aparición depende de un amplio grupo de factores de riesgo. Hasta el momento no se ha podido establecer la totalidad de los factores ni las múltiples interacciones existentes entre ellos. Se desconoce hasta el momento la importancia y peso de cada factor en relación a las circunstancias y el momento de la vida en que se desarrolla y presenta. Kendler K y otros (2006) mencionaron que entre las variables que incrementan el riesgo de depresión se incluyen factores personales, cognitivos, sociales, familiares y genéticos.

3 41 Teorias biologicas

En general muchas investigaciones han concluido que ciertos cambios en el organismo pueden ser el origen de un trastorno depresivo Entre estos

- a. combinacion de enfermedades físicas con la depresion
- b. los efectos secundarios de fármacos antidepresivos con las modificaciones en los neurotransmisores cerebrales
- c. otros farmacos que pueden producir depresion
- d. por consumo de drogas
- e. predisposicion genética que incide en la aparicion de depresion en varias generaciones

En cuanto al origen genetico sabemos que la herencia es de vital importancia en la génesis de la depresion Se ha encontrado que pacientes adoptados con trastornos del estado de animo se encuentran con mayor frecuencia el trastorno más en sus padres biológicos que los padres adoptivos

Otras investigaciones realizadas en gemelos encontraron que hay una mayor incidencia de que ambos presenten una depresion cuando son idénticos (monocigóticos) y no en gemelos no identicos en estos ultimos su material genetico no es tan parecido

Se dice que la depresión se debe a un desequilibrio en los neurotransmisores El papel exacto de los neurotransmisores está sujeto a debate constante

Charney (1981) encontro que la fisiopatologia de la depresion esta mas relacionada a una irregular regulacion de la sensibilidad del receptor y no tanto con las deficiencias en el neurotransmisor

Siever y Davis (1985) tambien propusieron su hipótesis de desregulacion, en la cual los mecanismos homeostaticos de los trastornos afectivos que controlan la función del neurotransmisor estan desregulados La funcion de los receptores de los neurotransmisores es recibir los mensajes quimicos especificos y luego traducirlos en las correspondientes respuestas neuronales postsinápticas Los receptores tienen dos

componentes la superficie externa que se encarga de reconocer y unirse al transmisor químico mientras que la superficie interna efectúa los cambios intracelulares. Son los receptores más que el neurotransmisor lo que determinan qué transmisor será el que actúa sobre una célula dada y si la acción resultante de esta acción será excitante o inhibidora.

Los receptores son estructuras plásticas ya que responden a cambios en la homeostasis del neurotransmisor.

Las deficiencias funcionales en la neurotransmisión pueden ocurrir con un contenido normal de neurotransmisores y han sido planteadas para identificar una clara evidencia de las deficiencias catecolaminicas e indolaminicas en los pacientes depresivos (Heninger G 1990).

3.42 Teorías psicoanalíticas

La descripción y comprensión de la depresión es muy compleja y muchos autores psicoanalíticos por siglos han tratado de explicar cómo sucede este fenómeno.

Freud fue el primero en postular la primera hipótesis explicativa sobre la melancolía. En el Manuscrito G Freud escribe una definición causal: *La melancolía es un duelo provocado por una pérdida de libido mientras que los sujetos fuertes son fácilmente atacados por neurosis de angustia los débiles son accesibles a la melancolía* (fechado hipotéticamente el 7/1/1895).

Para Melanie Klein (1934-1940) existe una predisposición a la depresión la cual se origina en las mismas características constitutivas de la relación madre-hijo. En su formulación los niños en la posición depresiva atraviesan un complejo de sentimientos de dolor hacia el objeto amado incluyendo el temor a perderlo y el deseo de recuperarlo previo a adquirir seguridad de que la madre realmente les ama. El bebé integra los aspectos buenos y los malos (u hostiles) antes escindidos. Si el niño ve frustradas las posibilidades de instalar el objeto bueno en el interior de *si mismo* nunca se sentirá seguro del amor recibido y estará en disposición de volver a la posición depresiva, a los sentimientos de dolor culpa y a la falta de autoestima. Para Klein (1975) los pacientes

depresivos están desesperadamente preocupaos por haber destruido a los objetos buenos amados dentro de ellos como resultado de su propia voracidad y destructividad Ellos se sienten perseguidos por los objetos malos odiados mientras anhelan los objetos buenos perdidos Esto es lo que constituye la esencia de la posición depresiva.

La segunda apelación kleiniana a las temáticas depresivas es su propuesta de entender el fenómeno psíquico que Freud denominó duelo como algo que se daba en el desarrollo del bebé particularmente en sus relaciones de objeto En las obras de Freud aparece como pérdidas refiriéndose a la pérdida del pecho materno trauma del nacimiento control de esfínteres la renuncia edípica lo que generaba angustia, es formulado por Melanie Klein como duelos

Estos dos términos de Klein de duelo y posición depresiva hacen referencia a las problemáticas de las situaciones humanas generales

Esto va muy ligado a la teoría del apego que nos habla Bowlby la cual nos describe los distintos apegos que se pueden desarrollar en la relación objeto madre infante Bowlby (1980 1988) planteó la predisposición a la depresión en individuos con apego ansioso y con autodependencia compulsiva Los individuos con apego ansioso buscan contacto interpersonal y son dependientes Los sujetos con autoconfianza compulsiva son autónomos y evitan las relaciones interpersonales cercanas Ambas preocupaciones generan una vulnerabilidad a la depresión

Bowlby (1961) formuló la teoría del apego y presentó su trabajo de procesos de duelo en el cual señala que existen tres fases en todo duelo

- 1 Protesta (urgencia de recuperar el objeto perdido) Hace referencia a aquellos sujetos que en su infancia no pudieron desarrollar una relación estable y segura con los objetos parentales o tutores significativos a pesar de haber intentado conseguirlo Estas experiencias tempranas lo llevan a interpretar que toda pérdida que sufra se podrá derivar de esas fallas tempranas
- 2 Desesperación (suma de las decepciones junto a la desesperación sentida y conducta desorganizativa) El individuo reiteradamente recibe mensajes que

no merece ser tan querido lo cual lo hace ver a si mismo como alguien poco susceptible a ser querido o deseado Igualmente registra a estas figuras con la que ha tenido el apego de manera inadecuada, rechazante o punitiva

- 3 Separacion Es la impotencia del niño para modificar las consecuencias de la perdida de figuras parentales durante su desarrollo inicial Estas experiencias le hace creer que cada esfuerzo que se realiza para arreglar una situacion conflictiva de perdida o de frustracion puede resultar inadecuada o fallida

En la formulación de Bowlby el duelo patológico no llega a alcanzar la tercera fase quedando anclado en la segunda.

Los desarrollos conceptuales de Bowlby nos indican que determinadas experiencias del desarrollo crean predisposiciones en el individuo para que las informaciones que reciban sean decodificadas negativamente

Bowlby ubica la vulnerabilidad en terminos de vinculos parentales distorsionados duelos no resueltos y conflictos generados por el modo de procesar las informaciones y mecanismos que son planteados como exclusiones defensivas pero que operan en niveles del inconsciente

Winnicott (1963) describio tres funciones maternas primordiales el sostenimiento o sosten (*holding*) la manipulación o manejo (*handling*) y la presentacion objetal (*objet presenting*) Estas tres funciones determinan una forma de desarrollo en el bebe un primer proceso de integración en la fase de dependencia absoluta un proceso de personificación y un proceso de realizacion que fundamenta la capacidad de establecer relaciones interpersonales

A medida en que la madre habilita en el bebe la capacidad de relacionarse con los objetos éste manifiesta su capacidad de habitar en el mundo La presentación objetal promueve la realizacion del niño Por el contrario las fallas maternas bloquean el desarrollo de la capacidad del bebé para sentirse real

Las experiencias ambientales individuales tienen un significado muy importante en el desarrollo de la depresión

Bleichmar (1996) ofrece un modelo integrado de los modelos psicoanalíticos que explican la psicopatogenia de la depresión. Se refiere a la existencia de un deseo que ocupa un lugar central en la economía psicológica del paciente deprimido, el cual no puede ser reemplazado o compensado por otros deseos. El sentimiento de desamparo e impotencia frente a la realización de ese deseo con la correspondiente representación de *si mismo* como incapaz de satisfacer el deseo es uno de los componentes para que se de la depresión. Otros diversos componentes interactúan a su vez, se retroalimentan entre sí y con el entorno interpersonal influyen en la depresión.

Klerman (1984) postula cuatro áreas de problemas capaces de desencadenar una depresión:

- 1 Duelos patológicos
- 2 Disputa de rol interpersonal. Se desarrolla mayormente en mujeres y otra persona significativa, las cuales tienen expectativas no complementarias y divergentes sobre la interacción de los roles y relaciones mutuas. Estos conflictos pueden tomar la forma de crisis maritales, disputas entre padres e hijos, entre colegas de trabajo o dentro de una familia extendida o red de amistades.
- 3 Transición de rol. Inevitablemente el desarrollo de la vida conduce a cambios críticos en los que se experimenta la pérdida de algún rol. La pérdida exige adaptarse a nuevas situaciones vitales y a nuevos roles.
- 4 Inhabilidad o incapacidad para iniciar o sostener relaciones interpersonales.

Los adultos de la tercera edad pueden carecer de tener propósitos y metas específicas en sus vidas. Esto lo lleva a sentir un vacío y hacen intentos a ciegas de reinicios que no culminan y se vuelve transeúntes de la vida, por lo que para mantener el sentido de sí mismo con orgullo y dignidad a veces es necesario aferrarse a los recuerdos positivos de experiencias pasadas, de privilegios o pertenencias que se tuvieron, de relaciones ya terminadas y así se reconceptualiza el significado de la vida en esta etapa de sus vidas (Labouvie Vief 1990, Mayer 1979).

Podemos mencionar que todos estos pensamientos que se evocan en la mente de los adultos de la tercera edad pueden influir en su autoestima, la cual no era desde antes elevada

Edward Bibring (1953) formula la hipótesis de que los intentos de reparación en vez de ser búsqueda de apoyo desde objetos externos o del Superyó fueron reacciones ante la pérdida de autoestima que se da en la depresión. Hace referencia a otros matices diferenciales

- a La autoestima puede disminuir y en consecuencia aparecer la depresión debido a la frustración de aspiraciones de tipo narcisista, y no sólo de las de tipo afectivo (por ejemplo los deseos de ser bueno no odiar no ser hostil o destructivo ser limpio ligados a fijaciones fállicas)
- b Cualquier frustración en estas necesidades produce indefensión y pérdida de autoestima

Para Bibring la depresión es un conflicto o tensión dentro del sistema del Yo

Jacobson (1971) considera que la pérdida de autoestima es el eje de la depresión. Así cualquier factor relevante para la autoestima lo será para la depresión. Los principales componentes determinantes son

- a Las autorrepresentaciones (ejemplo la influencia de una imagen corporal deteriorada, devaluada, con bajos rendimientos)
- b El Superyo (ejemplo el superyo primitivo arcaico mero reflejo de percepciones rígidas y fantásticas sobre las expectativas paternas que le conduciera al fracaso ante la realidad)
- c El Yo ideal (cuanto más fácilmente alcanzable es mejora la autoestima cuanto más irreal sea la meta para sus capacidades y entorno tanto menor será la estima y más probable la manifestación de depresión)

- d. Las funciones críticas del Yo: (maduración del Yo con capacidad para discriminar lo razonable de lo no razonable).

La baja autoestima estaría compuesta por sentimientos de inferioridad, debilidad, pobreza o indefensión.

La autoestima, no es considerada sólo como una manifestación o síntoma de la depresión, sino como una predisposición o tendencia a la depresión.

CAPITULO II

**FUNDAMENTOS TEORICOS DE LA PSICOTERAPIA PSICODINAMICA Y
LAS TEORIAS DE LAS RELACIONES OBJETALES**

1 HISTORIA DE LA PSICOTERAPIA PSICODINAMICA BREVE INDIVIDUAL

Es importante señalar que el origen de la psicoterapia breve (duración limitada) está estrechamente ligada con la historia del psicoanálisis. En sus inicios el tratamiento psicoanalítico era de corta duración y focalizado. Con el transcurrir del tiempo su desarrollo transformó la terapia psicoanalítica al psicoanálisis clásico. Siendo el psicoanálisis de tiempo indefinido o ilimitado con una frecuencia de 3 a 5 sesiones semanales. Su objetivo primordial es la reestructuración de la personalidad y no el de eliminar o aliviar los síntomas físicos o emocionales o bien las conductas problemáticas que presenta el paciente.

Freud realizó análisis de corta y larga duración. Se disculpaba cuando estos solo duraban unos cuantos meses. Entre los deseos de Freud estaba que el psicoanálisis fuese accesible a muchos pacientes.

La psicoterapia breve en la obra de Freud tuvo sus orígenes en 1906 cuando obtuvo resultados satisfactorios en el caso del director de orquesta de Bruno Walter con 6 sesiones y en 1908 cuando curó de impotencia al compositor Gustav Mahler en una sesión de 4 horas.

La técnica que utilizaron en un inicio Breuer y Freud, fue la hipnosis con los pacientes histéricos porque su teoría era que los recuerdos traumáticos habían sido reprimidos y en los sentimientos se reflejaba la sintomatología histerica. Luego abandonan la hipnosis como técnica terapéutica y la reemplazan por la asociación libre. Utilizaron también el análisis de la transferencia y la resistencia para describir la neurosis infantil.

Pero lo importante de todo esto para Freud era evaluar los resultados terapéuticos. Aunque era muy conservador a la hora de valorarlos en muchas ocasiones estuvo insatisfecho mostrando también ambivalencia al respecto. En el lado positivo se sentía orgulloso al compararlo con otras formas de psicoterapias y por el lado negativo criticaba su duración, el progreso obtenido y el mantenimiento de los resultados. Además era realista al darse cuenta que sus famosos casos no eran un éxito completo.

Rank y Ferenczi quienes eran colaboradores y discipulos de Freud en 1920 comenzaron a estudiar la posibilidad de acortar el tratamiento analítico. En 1925 publicaron *El Desarrollo del Psicoanálisis* en donde propusieron que el rol del terapeuta debía ser más activo contrarrestando la pasividad del paciente establecer límites en la duración del tratamiento y focalizar el mismo. Además el propósito del tratamiento era que el paciente pudiera revivir la situación edípica con el analista por medio de la introspección dando como resultado una reparación al conflicto. Ferenczi enfatizó sobre la importancia de la empatía, honestidad y colaboración en la relación terapéutica y Rank subrayó que al establecer la cantidad de sesiones se preparaba al paciente para la terminación del tratamiento además se motivaba al paciente para el cambio.

Después de terminada la guerra, a partir de la década de los 40 había una preocupación enorme porque se necesitaba intervenir con los servicios de salud mental por la gran demanda existente que era la secuela de la guerra.

Gracias a la colaboración de Alexander & French (1946) Sifneos (1972) Mann (1973) Malan (1976) Davanloo (1978) Luborsky (1984) y Strupp & Binder (1984) se implementaron modelos focales que no buscaban la transformación de la psiquis sino la comprensión cognitiva de la problemática personal para así tener como resultado la mejoría o cambio sintomático que sigue después de la terminación del tratamiento. Esta psicoterapia psicoanalítica tenía como característica primordial ser focal y de menor duración que el psicoanálisis.

Así se va desarrollando la psicoterapia psicodinámica breve la cual acoge diversos tipos de investigaciones con los matices e influencias particulares e individuales de cada psicoanalista.

Alexander y French pertenecían al *Chicago Institute for Psychoanalysis* en 1946 en su libro *Terapia Psicoanalítica principios y aplicaciones* cuestionaron sobre la necesidad de un tratamiento prolongado y de la actitud terapéutica que permitía al paciente experimentar una vivencia emocional correctiva para que se estableciera la cantidad de sesiones y así se evitaba la dependencia del paciente al terapeuta y además se impedía la manifestación de la neurosis de transferencia.

Todas estas ideas y planteamientos causaron gran controversia dando como resultados momentaneos que se ignoraran por muchos años. No fue hasta el periodo de 1960 a 1980 cuando se le dio su debido reconocimiento y legitimidad a la psicoterapia breve con orientación dinámica. Los principales representantes de este periodo fueron Peter Sifneos del *Massachusetts General Hospital en Boston*, David Malan (discipulo de Balint, de la Clínica Tavistock en Inglaterra), Habib Davanloo del Hospital General de Montreal Canadá y James Mann de la escuela de Medicina de Boston. Todos ellos desarrollaron formas de psicoterapia basada en un modelo teorico intrapsiquico. A continuacion haremos una breve referencia del enfoque de la psicoterapia de algunos de ellos.

Peter Sifneos (1992) estructuro una forma de psicoterapia breve (*Short Term Anxiety – Provoking Psychotherapy o STAPP*) que denomino provocadora de angustia utilizando criterios de selección muy estrictos y el uso de interpretaciones dirigidas a un solo conflicto de caracter edipico de perdida o de duelo. Sifneos tambien aporoto una intervencion de apoyo la cual es supresora de ansiedad. Esta va dirigida a individuos que tuvieron problemas en su desarrollo temprano por lo tanto tienen un Yo fragil o debil que esta en peligro constante por detonantes a crisis de descompensacion. El numero de sesiones oscila entre 6 y 20 que se determinan en las primeras entrevistas y el papel del terapeuta se ha descrito como el de un maestro que puede ver a traves de las resistencias del paciente.

Malan (1983) describe su tecnica psicoanalitica (*Brief Dynamic Psychotherapy o BDP*) con 20 sesiones con el objetivo primordial de comprender el foco central utilizando la interpretacion del triangulo del *insight* y del conflicto. Se refiere al triángulo del *insight* al conflicto nuclear infantil el cual se manifiesta en los problemas actuales del paciente haciendo asi una conexion entre los patrones mal adaptativos recurrentes presentes en la transferencia y los patrones de las relaciones pasadas y presentes. El conflicto del triangulo del conflicto está constituido por las pulsiones, las defensas y la angustia.

Davanloo (1978) discipulo de Malan, desarrolló la psicoterapia intensiva breve de orientación dinámica, en la cual utiliza la confrontacion e interpretacion frecuente del terapeuta para así penetrar la barrera defensiva. La confrontación provoca sentimientos

intensos que traen a la conciencia pensamientos recuerdos y sentimientos inconscientes que han estado encapsulados El rol del terapeuta, consta en el vinculo reparador de todos los conflictos no resueltos A diferencia de otras tecnicas y formas de terapia breve esta permite la atencion y el abordaje de distintos pacientes con conflictos variados y graves sintomatologias

También James Mann (1973) propuso la psicoterapia de tiempo limitado la cual consistia en 12 sesiones Esto hacia que el numero determinado de sesiones anticipadas al tratamiento provocaba que el paciente se enfrentara con situaciones inconscientes La relación terapéutica, era la oportunidad de establecer una relacion sana permitiendo así la conexión y separación de la figura parental la cual internalizó de manera inadecuada porque la misma le había fallado

Si bien es cierto cada analista ha realizado sus observaciones aportes y contribuciones importantes y de mucho mérito pero no podemos dejar de reconocer el gran aporte realizado por Freud (1856 1939) en sus escritos y casos los cuales generaron interrogantes e hipótesis que fueron el motivo de investigación de muchas corrientes que se han desarrollado desde ese entonces y constituyen en el día de hoy modelos psicoanalíticos

2 EVOLUCIÓN DEL MODELO DE LAS RELACIONES OBJETALES

Es de nuestro conocimiento que lo teoria de Freud sobre el complejo de Edipo y gran parte de su trabajo clinico se basan en la observación y análisis de las relaciones de objeto Al realizar sus investigaciones y ver la importancia de la transferencia tuvo que reconocer la importancia de las relaciones afectivas del pasado y de la actualidad de sus pacientes Esto lo llevo en 1940 a explicar como entendia la relación del niño con su primer objeto el pecho materno que es quien lo nutre Luego este objeto se completa más tarde hasta formar la persona total de la madre que además lo cuida y despierta sensaciones corporales placenteras y displacenteras Mas tarde la madre se convierte en la primera seductora del niño Se establece entonces a la madre como el primer objeto sexual

Los planteamientos teóricos iniciales de Freud sobre la teoría pulsional en la cual dan más énfasis a la importancia de las relaciones afectivas que el niño establece de forma precoz con las personas más significativas afectivamente para él cambia a un ser buscador de objetos para relacionarse

Para muchos autores hablar de Escuela de las Relaciones Objetales es sinónimo de la teoría kleiniana y para muchos otros autores Fairbairn es considerado como el iniciador y creador de la teoría de las Relaciones Objetales

Fairbairn estudio el desarrollo de la personalidad su conducta y la psicopatología desde las relaciones y experiencias del Yo con los objetos tanto los externos como los internalizados Explica y atribuye la evolución de la personalidad en función de las problemáticas que afectan las relaciones objetales del sujeto que se inician en sus primeras etapas donde depende totalmente de su madre y lo que permite una identificación primaria con el objeto hasta la dependencia madura donde se da la diferenciación entre *self* y objeto

Fairbairn en un artículo publicado en 1944 *Las Estructuras Endopsíquicas Consideradas en Terminos de Relaciones de Objeto* postulo que el aparato psíquico está constituido por los objetos introyectados

Según Fairbairn el niño se vuelve ambivalente hacia su madre porque ella es un objeto ambivalente (bueno y malo) Esto hace que divida a la madre en dos objetos internalizando el malo porque siente que puede controlar su interior El objeto malo internalizado tiene dos facetas una que frustra el objeto rechazante y en otras lo busca o atrae el objeto necesitado

Además del objeto rechazante y el objeto necesitado menciona el Yo Central el cual describe como una estructura inicial primaria y dinámica, de la que se derivan las otras estructuras mentales y el Yo Libidinoso este se deriva del yo central siendo una estructura dinámica pero mas infantil menos organizada, menos adaptada a la realidad y más cercana a los objetos internalizados y por ultimo el Saboteador Interno (SI) el cual es

parte de la estructura del Yo y esta relacionado con un objeto interno el Objeto Rechazante

La constitución de la estructura endopsíquica básica se da antes del Edipo. Durante el Edipo se da la estructuración de la última fase de la estructura psíquica. En la primera fase se encuentra dominado por la situación edípica. La siguiente está dominado por la ambivalencia hacia el padre heterosexual y en el nivel más profundo esta dominado por la ambivalencia hacia la madre. La importancia del Edipo reside en que divide el objeto ambivalente en dos: siendo uno el objeto aceptado, identificado con uno de los padres, y el otro el objeto rechazado, identificado con el otro padre.

Por otro lado, para Melanie Klein, las relaciones de objeto son el centro de la vida emocional. Su hipótesis central es que lo psíquico nace y es el resultado de lo instintivo y su máxima expresión se da en la fantasía, donde se muestran las relaciones que el Yo infantil establece con sus objetos internos, lo que determina las relaciones posteriores con los objetos externos. Esto permite el establecimiento de relaciones con los objetos internos como con los objetos externos, marcando la posición esquizoparanoide y la posición depresiva. De aquí, según Klein, se van formando los 2 núcleos en el psiquismo humano.

Klein dijo que la posición esquizoparanoide se caracteriza por el hecho de que el bebé no reconoce el objeto total a la madre como una persona, que por la escisión (*splitting*) se crean dos objetos parciales: uno estimado como objeto bueno y el otro como objeto malo. Aquí se da la identificación proyectiva y la idealización. Cuando el bebé ya puede reconocer a la madre como un objeto total, estará conformando la posición depresiva, donde predominan la integración, ambivalencia, culpa.

El conflicto intrapsíquico para Klein, es la lucha entre las pulsiones de amor y odio respecto a los objetos, lo que hace que se establezca las dos posiciones básicas del primer año de vida. Quedan definidas por sus deseos, ansiedades y defensas que los conducen a sus fantasías, donde se expresan los conflictos con objetos internos y externos.

En la posición depresiva se da una nueva organización de la vida mental del bebé que son clave para lograr la salud mental. Sus características deben ser

- Bebé debe sentir una ansiedad culpable, como consecuencia por los presuntos daños realizados al objeto (ansiedad depresiva)
- Se da la relación con el objeto externo total ya no se ve como parcial y paralelamente hay una integración en el *self* y los objetos internos primitivos
- Predominio de la defensa, reparación que se presenta cuando se apropia la evolución de los conflictos de la posición depresiva y de la esquizoparanoide

Klein señaló que se debe dar una identificación del Yo con el objeto ideal para así poder enfrentarse a la ansiedad persecutoria para evitar utilizar defensas inadecuadas como la escisión patológica (más de dos objetos parciales)

La disminución de la ansiedad paranoide permite la integración del *self* y los objetos internos y externos. También se va minimizando la necesidad de las proyecciones defensivas lo que facilita la distinción entre el *self* y objeto externo para que se establezca la identidad.

En la posición depresiva los objetos externos e internos están en constante enfrentamiento entre el amor y el odio. El bebé puede integrar los objetos que habitan en ambos espacios y esto hace que sea capaz a la tolerancia del dolor psíquico y al control de impulsos agresivos. Esto favorece a la simbolización y Klein lo vincula con el proceso de la elaboración del duelo resumiéndolo así: el objeto perdido crea un duelo que se resuelve por el reemplazo de sustitutos simbólicos como pensamientos, recuerdos, ideas, etc. La ansiedad depresiva se supera por defensas maníacas como desprecio en las relaciones con el objeto, omnipotencia, triunfo o control. También actúa la reparación permitiendo la reconstrucción y superación de la posición depresiva.

La obra de Klein nació de la observación clínica en niños dentro de un encuadre psicoanalítico. Se dio cuenta, que los niños mostraban gran facilidad para establecer

relaciones y que la forma de expresión natural del niño es el juego el cual puede ser utilizado como medio de comunicación. Por medio del juego puede controlar y expresar sus angustias a través de la manifestación y elaboración de las fantasías. Melanie vio que el niño representaba en la acción de jugar el conflicto interno utilizando al terapeuta y los juguetes como objetos que son sentidos por afectos positivos y negativos de su momento emocional y esto hace que tengan vida propia para el niño.

La evolución en años posteriores de los conceptos propuestos por Melanie Klein y de los aportes teóricos y técnicos de autores como Balint, Guntrip, Winnicott, Kohut y Kernberg entre otros, paso a conocerse con el nombre de Teoría de las Relaciones Objetales.

La formulación y aporte de Balint a la teoría de las Relaciones Objetales lo basa a su experiencia clínica con sus pacientes que presentaban problemas emocionales graves. Su hipótesis era que el bebé nace con un Yo desorganizado e inmaduro pero siente el deseo de establecer relaciones objetales y que el *self* se construye a partir del medio ambiente. Él observó que a sus pacientes en su desarrollo o evolución, faltó algo básico e importante que era necesario en situaciones precoces de sus relaciones objetales.

Balint (1989) denominó a esta falla *falta básica*. Este síntoma se presenta en el individuo porque no siente seguridad, esto se debe a que el objeto primario no le brindó la atención debida. Formula la constitución del psiquismo humano en tres áreas, las cuales están relacionadas con relaciones objetales. La primera área, pertenece a relaciones duales y es preverbal y preedípica, el bebé experimentó gran frustración porque no fue gratificado y siente una falla (hueco). Las otras dos áreas implican relaciones triangulares.

Balint sostiene que la relación terapéutica es la oportunidad que tiene el paciente para hacer las adecuaciones a sus necesidades. Además, como todo analista comete fallas en sus intervenciones, el paciente tiene la libertad de poder reaccionar a estas como no lo pudo hacer en otro momento en su pasado.

Winnicott (1965) también hizo su aporte con el concepto de *objeto transicional* que se da como un paso entre la dependencia total que tiene el bebé con su madre desde el nacimiento y la diferenciación e independencia. El niño toma como objeto transicional a

un osito o mantita el cual lo acompaña, este es una representación de la madre a la cual le atribuye aspectos y cualidades de ella. Le llamo transicional porque está en proceso de la representación concreta hacia la consecución de un verdadero símbolo.

Introdujo el concepto de *holding* refiriéndose a este como la función que desempeña la madre de brindar seguridad, confianza y afecto, lo que permite que el bebé pueda expresarse con gesto espontáneamente. Si la madre no puede cumplir con este rol, el bebé desarrolla un falso *self* porque intenta de una manera forzada posturas para satisfacer a su madre.

El énfasis de Winnicott, se centra en el rol de las funciones maternas, las cuales organizan la psique. Piensa que la evolución psicológica del niño depende de una madre *suficientemente buena* para que le brinde los cuidados necesarios y pueda también calmar sus ansiedades. Esto permitirá al individuo la capacidad de estar solo por medio de la internalización de relaciones de objeto y la capacidad de simbolizar dando soporte al Yo y pueda tolerar la soledad sin experimentar ansiedad.

Para Kohut (1971, 1977, 1984) el *self* (sí mismo) es el núcleo de la personalidad y es parte del contenido del aparato psíquico que forma parte del Yo, ello y del superyo.

Concluyo que para salud mental era necesario la formación de un *self* cohesivo, se hacía defectuoso cuando el niño durante su infancia y adolescencia no conseguía respuestas empáticas de los objetos del *self* que impiden los procesos de internalización transmutadora.

Para Kohut, el objeto del *self* es un objeto narcisista que es parte del bebé e infante. El narcisismo primitivo debe sufrir una transformación a un narcisismo maduro para que el individuo pueda sentirse realizado y satisfecho por sus logros, además de humor, creatividad y sabiduría. Es gracias a los objetos arcaicos del *self* que se da esta transformación en donde el *self* grandioso se transforma en ambiciones realizables, el ímago parental idealizado en ideales alcanzables y la generalidad en capacidades y habilidades personales para realizar las ambiciones y los ideales.

La técnica que utiliza es la introspección y la empatía, porque debe apoyar a su paciente en los esfuerzos de maduración que realiza, ya que sus padres no pudieron hacerlo

Gabbard (2002) plantea que los individuos experimentan la depresión psicológicamente como una alteración de la autoestima en el contexto de las relaciones interpersonales fallidas. Estas relaciones infantiles son internalizadas y reactivadas en la adultez con el comienzo de los trastornos afectivos. El tormentoso mundo interno de relaciones de objeto es entonces externalizado en relaciones actuales en el mundo del paciente. La depresión ilustra la relación estrecha entre las interacciones interpersonales íntimas de un individuo y el mantenimiento de la autoestima. En términos de la psicología del *self* la depresión puede ser vista como la desesperanza resultante de la falla de los objetos del *self* para gratificar las necesidades del *self* tales como necesidades de especularidad, unión o idealización.

El funcionamiento actual del paciente con sus relaciones interpersonales cumple un papel relevante casual en sus síntomas depresivos.

Los síntomas depresivos pueden estar vinculados con cuatro áreas: duelos patológicos que es consecuencia por duelos no resueltos, conflictos de roles interpersonales, transición de esos roles o déficit interpersonales.

Budman y Gurman (1988) listaron cuáles habían sido los focos más comunes que han sido atendidos en terapia breve:

- Pérdidas pasadas o presentes o anticipadas de salud, de trabajo, de nivel socioeconómico y de imagen
- Cuando las expectativas que tiene el paciente no se han podido cumplir
- Conflictos interpersonales
- Síntomas presentes cuando el paciente busca ayuda por síntomas específicos como depresión, ansiedad, insomnio, fobias, disfunción sexual
- Desórdenes mentales

2 1 Definicion

La psicoterapia breve de orientacion dinámica, puede definirse como una forma de intervencion psicoterapeutica, cuya finalidad es la resolucio n de un conflicto intrapsiquico especifico que produce sufrimiento en el sujeto o malfuncionamiento en alguna de las esferas de su personalidad en un periodo breve y determinado de tiempo

Laplanche & Pontalis (1968) entienden por Relación de Objeto *el modo de relacion del sujeto con su mundo relacion que es el resultado complejo y total de una determinada organizacion de la personalidad, de una aprehension mas o menos fantaseada de los objetos y de unos tipos de defensa predominantes*

El nucleo de la teoria de las Relaciones Objetales es la relación humana que comprende las relaciones internalizadas que formaron la psiquis del individuo y las relaciones externas que son las reales existentes (Stadter 1996)

En el modelo de las relaciones objetales su teoria se sostiene en una relación diádica (madre hijo) que se basa en la existencia de un objeto real interno para lo que se requiere la existencia de un objeto real externo Las relaciones objetales se internalizan y forman parte de la estructura de la personalidad En la relacion terapeutica el paciente evoca estas relaciones y a traves de las tecnicas de intervencion y transferencia positiva se ayuda al paciente

La teoria de las relaciones objetales afirma que el niño desde su nacimiento esta en condiciones de mantener una relacion activa con su companero más cercano es por tanto un compañero activo que busca el desarrollo de relaciones con la madre respondiendo y modificando incluso la modalidad de relacion con esta Es en el seno de esta relación, donde se llevan a cabo las necesidades de nutrición calor juego y aceptacion

El objeto interno es una estructura mental del Yo que se puede definir como una composicio n de experiencias introyectadas con los significantes adquiridos en el curso del desarrollo La premisa de base de tal teoría, es que en todo individuo hay un mundo externo formado por las relaciones que mantiene con los demás y un mundo interno poblado por los objetos constituidos a partir de las experiencias que ha tenido en el curso

de su vida. Bajo esta óptica el mundo interno se constituye despues de las experiencias con el mundo externo

2 2 Objetivos

Los objetivos van a estar enmarcados de acuerdo a valoración evaluacion y los recursos internos que se tengan del paciente para que el psicoterapeuta decida que tipo de intervencion y tratamiento se le aplicará al paciente para su mejora

Como toda relacion terapeutica, se establece en primera instancia la alianza terapéutica con el paciente en donde el terapeuta va a contener al paciente desde el primer contacto mostrándole tambien empatia, comprensión preocupación y capacidad de poder ayudarle en sentirse mejor Weiss (1993) señala que es precisamente la alianza terapeutica, el vinculo que se establece con la parte sana del Yo del paciente que permite la estimulacion e interes de este en profundizar en la exploracion de los constituyentes del conflicto y de las reacciones transferenciales

Para que se puedan cumplir con los objetivos es importante mencionar que los pacientes deben tener una fortaleza yoica suficiente para poder aliarse con los propósitos introspectivos del terapeuta, tolerar la ansiedad y la separacion y el poder mirarse a si mismos (Hoglend P y otros 1994)

El objetivo primordial de la psicoterapia es la movilizacion del conflicto intrapsiquico o interpersonal que es el origen del foco de atencion

Los objetivos centrales y primordiales de la terapia psicodinámica es poder ayudar al paciente a descubrir entender explorar procesar resolver y reparar los motivos conscientes e inconscientes de los conflictos o traumas no resueltos carencias miedos frustraciones entre otros de sus problemas personales los cuales se ven reflejados en las relaciones interpersonales Es hacer consciente lo que está en el inconsciente

Además se le ofrece al paciente la oportunidad de un espacio seguro objetivo y neutral con el apoyo incondicional para que pueda expresar sus verdaderos sentimientos pensamientos deseos y toda la problemática que le pueda aquejar

Otros objetivos es que el paciente pueda recobrar su autoestima, su libertad interior realizar sus deseos proyectos planes madurar emocionalmente lograr adaptaciones y ser feliz

2.3 Técnicas

La técnica de la psicoterapia psicodinámica se basa en establecer un foco de compresion consciente que se elabora a través de la interpretación de las verbalizaciones y conductas del paciente durante la sesion

Esta es una técnica de intervención que lleva a descubrir al terapeuta y paciente cuál fue el motivo de la depresion Este proceso conduce al establecimiento del foco dinámico que sera trabajado en la terapia. Para Malan (1979) en la psicoterapia psicodinámica breve o limitada en el tiempo pretende identificar de forma activa y tratar en un marco temporal breve el conflicto intrapsíquico central del paciente

Strupp (1984) menciona algunas tecnicas a utilizar en la psicoterapia psicodinámica breve

- Técnicas expresivo exploradora.
- Aumentar la conciencia del paciente respecto a los contenidos del mismo y poder así reorganizar sus significados y hacerlos más congruentes con su realidad presente

Segun Farre L y otros (1992) dicen que el foco dinamico incluye siempre una pauta de transaccion interpersonal mal adaptativa identificable a lo largo de la vida del paciente Es una interaccion estereotipada, en gran medida no consciente que forma parte de lo que Horney llamó *circulos viciosos* y que está al servicio de verificar las nociones mal

adaptativas acerca de *si mismo* y de los otros y de validar y reforzar las conductas problemáticas (Strupp H y Binder J 1984)

Piper W y otros (1993) nos dicen que el psicoterapeuta breve debe desarrollar un modelo de trabajo sobre temas interpersonales implicados en la conflictiva focal para utilizarlo como guía para sus intervenciones así como para anticipar las posibles reacciones transferenciales y planificar su manejo

El terapeuta establece desde su posición relativamente neutral y empática una relación objetual única y diferente con su paciente que constituye la base de un proceso de aprendizaje. En su participación es más activo y directivo con el propósito básico de ayudar al paciente a desarrollar un nivel mayor y de más claridad y diferenciación en su autoconocimiento

Algunos instrumentos que se pueden utilizar para promover *insight* más dinámico que genético están

- Clarificación que se da al establecer la relación causa efecto entre comportamientos del paciente y reacciones de los otros que le causan sufrimiento o la secuencia habitual de un tipo propio de respuestas
- Confrontación se utiliza para señalar sentimientos que el paciente se esfuerza en anular actitudes propias que tiende a minimizar entre otras

La terapia psicodinámica, basa su enfoque central en las problemáticas mentales inconscientes el problema de la memoria, los deseos las fantasías y conflictos intrapsíquicos en su impacto psicopatológico. Examina el ciclo vital global del paciente las vicisitudes del psiquismo temprano y las experiencias en distintas etapas del desarrollo. Además la comprensión psicodinámica se enfatiza en las relaciones de objeto

El terapeuta psicodinámico escucha los deseos y conflictos intrapsíquicos. Se da la comprensión y el entendimiento por medio de la escucha de las relaciones de objetos interiores a través de la comprensión de las relaciones interpersonales reales en tanto las

relaciones de objeto se pueden inferir a partir de relaciones interpersonales que de algun modo se conectan con cierta modalidad psicoanalítica que consiste en trabajar la dramatización terapéutica del aquí y ahora

Las depresiones en individuos de la tercera edad se le deben dar tratamiento Psicoterapéutico Psicodinámico individual breve que se elabora a través de la interpretación de las verbalizaciones y conductas del paciente durante las sesiones. Esto es sano y adecuado para su salud mental. El modelo de las Relaciones Objetales comprende los elementos estructurales y dinámicos del funcionamiento psíquico que determinan la concepción que cada individuo tiene de sí mismo y del mundo que le rodea, influyendo en sus interacciones con los demás comprendiéndolos y haciéndolos conscientes logrando la modificación con una adecuada intervención terapéutica.

2.4 Encuadre

Sanchez (1992) denominó encuadre en psicoterapia, a la expresión consciente aunque involucre muchos elementos inconscientes al contrato terapéutico verbal al que llega el psicoterapeuta y el paciente para iniciar la terapia.

El encuadre terapéutico es un aporte de la teoría psicodinámica, el cual lo hace consciente como un poderoso instrumento para el cambio psíquico dándole la importancia debida para su debido cumplimiento y análisis. En el encuadre se definen los siguientes puntos:

- 1 ¿dónde, qué día y a qué hora se realizará la terapia?
- 2 ¿por cuánto tiempo se llevará a cabo?
- 3 ¿cuánto será el costo por sesión y formas de pagos?
- 4 Se acuerda si se hará pago de sesiones canceladas estableciendo los acuerdos.

Estos elementos del encuadre psicoterapéutico fueron expuestos por Freud para el psicoanálisis en sus escritos técnicos de 1910 y 1911 de los consejos al médico y sobre la iniciación del tratamiento (Freud 1988).

Al establecer el marco con el paciente le brindamos un sentido de pertenencia a un estrecho vínculo de trabajo psíquico y afectivo. Estos elementos por la sensación de estabilidad en cuanto a las variables vitales de espacio, tiempo y persona que transmiten son aliviadores y estructuradores. Después de un tiempo el paciente toma conciencia de que tiene una persona, un espacio, un lugar y un tiempo disponible donde todas sus ansiedades, preocupaciones, miedos, problemas serán contenidas.

2.5 Fases del Modelo de Relaciones Objetales

Michael Stadter (1996) en su libro *Object Relations Brief Therapy* divide el tratamiento en tres fases:

2.5.1 Fase de Inicio

En esta primera fase es fundamental que el paciente esté consciente de la existencia de su problema y la aceptación del mismo, y por ende desee recibir la ayuda del profesional.

Una de las tareas primordiales de inicio es establecer la alianza terapéutica y los objetivos. El terapeuta crea un ambiente contenedor, proveyendo un lugar seguro para que el paciente lo utilice para explorar su mundo interno y pueda conectarse con la situación que le aqueja.

Stadter (1996) estableció que si bien es cierto se debe establecer un foco para terapias breves, él recomienda que se señalen dos focos. Uno es el foco sintomático, el cual dirige la terapia buscando aliviar lo que le aflige al paciente. El otro es el foco dinámico, el cual señala la estructura psicodinámica, en la cual se debe concentrar el tratamiento. Ambos están vinculados y son consecuentes en su efecto. Es importante que el foco sea limitado para así poder obtener ganancias dentro de las restricciones del tiempo por ser una terapia breve.

Stadter también señala que el foco debe estimular la motivación y curiosidad del paciente para que esté dispuesto al proceso terapéutico.

La meta es que el paciente sea capaz de reconocer la existencia de aspectos de si mismo que participan en el desarrollo y mantenimiento de los problemas

2 52 Fase Intermedia I y II

Después de haber realizado la alianza terapéutica e identificado el foco se utiliza esas dos herramientas para promover el cambio y crecimiento Se crea el espacio transicional y la capacidad receptiva para explorar el material a desarrollar

Es en esta fase intermedia, donde se lleva a cabo el trabajo central de la terapia

Se debe mantener el foco pero no se puede ser tan rígido porque podemos provocar una pérdida o conspiración y el paciente se puede sentir parte de un objeto y esto puede hacer repetir experiencias previas de no ser atendida adecuadamente de forma empática.

El terapeuta debe estar atento para identificar y localizar patrones repetitivos en el material o contenido verbal que comparte el paciente Además hay que estar vigilantes de la conducta no verbal lenguaje corporal olvidos lapsus silencios reacciones sentimentales vacilaciones bloqueos o resistencias para determinar áreas de conflictos y después se orienten hacia estos

En esta nueva relación objetal que establece el paciente con el terapeuta, es lo que permite una reestructuración experiencial cuyo objetivo es promover el *insight* de conductas pensamientos y sentimientos Esta nueva comprensión puede ser integrada a medida que el paciente comienza a formar nuevas representaciones y a medida que empieza comprender y alterar de una forma terapéutica su percepción y visión del mundo Lo que se busca es también, poder tratar de proveer un nuevo final a las dolorosas y difíciles experiencias del pasado

Otra estrategia que se utiliza como modelos de las Relaciones Objetales en esta fase es invitar al paciente a examinar la manera como se estan relacionando él con el terapeuta, porque allí se va a ver reflejada el modelo repetitivo de su interaccion de las relaciones interpersonales. Igualmente se revisan las relaciones que tiene con otras personas para determinar patrones básicos de conducta. Queremos lograr que el paciente pueda ser mas receptivo a la interpretación de estos patrones y pueda prepararse para nuevos ajustes, mejoras y hasta modificaciones de ser posible, al poder comprender que muchas de sus malentendidos y relaciones conflictivas son producto de sus proyecciones de inseguridad, culpa, miedos, agresiones entre otros.

Si durante esta fase el paciente hace referencia a sus síntomas emocionales o físicos (insomnio, pérdida de apetito, etc.) se hace una exploración de su función, contenido y la actitud que tiene el paciente hacia ellos, ya que esto puede ser un aporte de otros contenidos sobre impulsos rechazados, defensas contra esos impulsos o experiencias pasadas.

En el trabajo terapéutico se requiere un contexto de significados simbólicos para construcción y reconstrucción de significados.

2.53 Fase Final

Esta fase de terminación ha estado presente nominalmente en las sesiones anteriores porque se le hace consciente en cada sesión de cuantos encuentros faltan para que termine el proceso terapéutico.

La terminación de la terapia puede provocar emociones profundas o conflictivas. Para asegurar la internalización de los logros obtenidos, el paciente debe poder elaborar la terminación y separación con cierto grado de aceptación y resolución. Debe darse el tiempo de saber que evoca en el paciente para que lo pueda procesar.

Puede que se presente cierta resistencia inconsciente de finalizar el tratamiento la cual se ve manifiesta con la aparición de problemas o conflictos nuevos ajenos al foco inicial

El terapeuta puede ver un crecimiento de autonomía en el paciente ya que lo percibe y lo ve más contenido y puede pensar solo porque ha internalizado el modo de reflexionar acerca de lo que le sucede

Esta fase final lo que se busca es ayudar al paciente a dejar la terapia sintiéndose bien sobre lo que ha logrado para enfrentar la vida, sin la ayuda del terapeuta

Por lo general el paciente y terapeuta hace una revisión de los objetivos trazados en un inicio para ver los logros obtenidos Comparan la situación actual con el malestar inicial y además se abordan las expectativas que tenían al comienzo del proceso

En resumen podemos mencionar que los resultados que se buscan en una psicoterapia breve es que el paciente tenga una mayor capacidad de auto observación sea más tolerante a situaciones displacenteras sienta un alivio sintomático realice mejores adaptaciones y mejore su autoestima

2.6 Transferencia y Contratransferencia en la Psicoterapia Psicodinámica breve Individual basado en el modelo de Relaciones Objetales

2.6.1 Transferencia

En toda relación terapéutica se presenta la transferencia, no importa el tipo de terapia que se le este aplicando al paciente La transferencia, es cuando el paciente proyecta sus sentimientos sobre el terapeuta, los cuales tienen relación con otras figuras importantes de su pasado y no del terapeuta propiamente Este fenómeno psíquico es inconsciente y permite revivir figuras y relaciones anteriores en su mayoría figuras parentales de la infancia

Anna Freud (en Menninger y Holzman 1973) definió a la transferencia como todos los impulsos que experimenta el paciente en relación con el psicoanalista, que no son creación nueva de la situación analítica objetiva, sino que se origina en relaciones primitivas con los objetos y ahora simplemente se reviven por la influencia de la compulsión iterativas

Freud vio la transferencia como un instrumento necesario en la terapia para dar a conocer al paciente sus emociones que podían estar reprimidas y que las mismas habían causado problemas por un largo periodo

Utilizamos la transferencia para hacer señalamientos al paciente de lo que se puede estar replicando en la relación objetal terapéutica, dándole así aclaraciones porque puede estar presentes por medio de razones conscientes

2.62 Contratransferencia

Es otro fenómeno presente en la relación terapéutica, pero que se produce en el analista

Freud (1910) explica la contratransferencia como la respuesta emocional la cual es producto de los estímulos que provienen del paciente siendo el resultado de la influencia del análisis sobre los sentimientos inconscientes del analista

Para Florenzano (1984) la contratransferencia puede ser un conjunto de sentimientos actitudes y pensamientos que experimenta el terapeuta en relación con el paciente

Si bien es cierto la definición de contratransferencia y como fenómeno que se presenta, el cual debe ser utilizado como herramienta para analizar su significado ha generado muchos desacuerdos entre diferentes analistas

Podemos asegurar que ningun terapeuta puede escapar de la manifestacion de la contratransferencia en su práctica. Lo importante es darle la valoración adecuada para comprender los procesos transferenciales del paciente.

Racker (1986) hace referencia a dos tipos de contratransferencia: una que resulta de la identificación con el Yo y el ello del paciente y la otra complementaria que se da cuando el terapeuta se identifica con objetos internos del paciente. Esta última es producto de la neurosis del terapeuta y aflora porque en la situación analítica el terapeuta revive sus conflictos dándose una transferencia negativa con el paciente.

Annie Reich (1951) menciona que la contratransferencia comprende los efectos que poseen los analistas sobre las necesidades inconscientes y conflictos sobre su comprensión o técnica.

Balint (1965) utilizó el término contratransferencia para referirse a la totalidad de las actitudes del analista y comportamiento hacia el paciente, incluyendo la actitud profesional.

Lo importante es que todo analista debe estar alerta de este fenómeno y por esta razón Menninger y Holzman (1973) dieron a conocer algunos indicadores de contratransferencia que podían interferir en la terapia:

- Tener demasiado interés en el caso
- No mantener el encuadre
- Brindar apoyo adicional fuera de la relación terapéutica
- Solicitar favores al paciente
- Discutir con el paciente
- Fomentar la resistencia del paciente
- Crear la dependencia del paciente

- Tratar de impresionar a colegas o al paciente sobre el caso.

Lo importante, es que todo terapeuta como profesional idóneo que es, tiene un deber ético de someterse a terapia para hacer conscientes sus conflictos, tratar de resolverlos en la medida de lo posible, para obtener como beneficio estar lo más resuelto posible para que pueda realizar su rol con objetividad y con una posición neutral para el bienestar de las relaciones terapéuticas que establezca con sus pacientes.

Por último, no debemos olvidar que el requisito primordial del terapeuta es entender qué le pasa a su paciente y que la contratransferencia es un instrumento que debe ser utilizado para este fin.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En Panama no existen en la actualidad registros estadísticos de los padecimientos o trastornos mentales que aquejan a las personas de la tercera edad

Panama en el 2002 presento un informe a las Naciones Unidas sobre la situación de la poblacion del adulto mayor En el mismo da a conocer que la población adulta mayor asciende a 245 mil personas en el año 2000 de los cuales el 49 4% son nombres y un 50 6% son mujeres El 60% se concentra en el área urbana El 27 4% de la poblacion adulta mayor es pobre y constituye el 7 1% del total de la población del pais

Con el paso del tiempo algunas instituciones como la policlinica de San Francisco ha organizado grupos Génesis Agua Viva Vida Nueva, Fuente Viva, Armonia, Nuevos Horizontes y Renacer para ofrecer a los adultos de la tercera edad de nuestro pais programas para actividades recreativas como las tardes del recuerdo de ejercicio teatro literatura y bailes Ademas la C S S establecio el programa de cesación laboral que se dicta en la empresa que lo solicite para orientar al personal que esta por jubilarse y les explican los diferentes grupos y actividades en los cuales pueden participar

En Panama, existen otras dos asociaciones de jubilados muy activas y orientadoras La Asociacion Nacional de Pensionados y Jubilados de Panamá y la Asociacion de Enfermeras Jubiladas de Panama Este grupo es de lo mas activos cuentan con 110 miembros y están en los preparativos de la celebracion de su 30 aniversario

Estas instituciones y asociaciones estan dirigidas a ofrecer un espacio y una serie de actividades recreativas deportivas y culturales encaminadas para promover el entretenimiento distracción ocupacion y participación del adulto de la tercera edad los cuales posibilitan el mantenimiento y mejoramiento de sus condiciones de vida a nivel físico y social

Pero qué hay de aquellos que no buscan ocuparse y entretenerse en grupos afines a su edad Seguro se encuentran desanimados desatendidos desmotivados por conflictos

conscientes o inconscientes lo cual los lleva a estar en casa, siendo carga y hasta un estorbo para sus familiares

Sabemos que los individuos que llegan a la tercera edad deben realizar una serie de transformaciones y ajustes personales mejoras cambios en su entorno a los cuales se deben adaptar (Villa y Rivadeneira, 1999) Además ellos experimentan un sentimiento de inseguridad por diferentes factores como dificultades económicas modificaciones de roles dentro de la familia, restricciones sociales menor autonomía física, pérdidas entre otros Estos hechos originan angustia, que se ven manifestadas en su personalidad Todo esto los hace mas vulnerable a poder presentar un cuadro depresivo el cual puede ser un obstáculo para su salud emocional y física, presentándose también problemas en sus relaciones interpersonales y en los procesos de adaptación (Lopez, 2001)

Las personas mayores que podrían beneficiarse de algún tipo de psicoterapia pueden no ser conscientes que los síntomas a nivel emocional como tristeza, melancolía, soledad nostalgia, sentimientos de vacíos falta de interés o motivación abatimiento representa una forma de alteración que puede tratarse y dar como resultado una mejoría Pueden no buscar ayuda, porque creen y piensan que no son capaces de resolver sus propios problemas y se rehúsan admitir que necesitan ayuda También, pueden tener prejuicios y mitos que le impiden buscar el recurso psicológico porque piensan que sólo es para personas mentalmente enfermas o locas A su vez pueden tener ideas equivocadas acerca de la psicoterapia y además pueden considerar que buscar ayuda a su edad es perder el tiempo ya que están demasiado mayores para cambiar

Dado este problema nos preguntamos

¿Los(as) pacientes diagnosticados(as) con el trastorno de depresión mayor clínicamente significativa que participen de una Psicoterapia Psicodinámica Breve individual basada en el modelo de Relaciones Objetales, disminuirán los síntomas depresivos?

2 HIPÓTESIS DE INVESTIGACION

2.1 Hipótesis principal

Los adultos de la tercera edad diagnosticados con depresión mayor que participen de un programa de Intervención Psicoterapéutico Individual basado en el modelo de Relaciones Objetales reportarán una disminución de los síntomas que presentan

2.3 Hipotesis estadística

$$H_0 \quad \bar{X}_{G \text{ Exp A}} \geq \bar{Y}_{G \text{ Exp D}}$$

$$H_1 \quad \bar{Y}_{G \text{ Exp A}} \leq \bar{X}_{G \text{ Exp D}}$$

\bar{Y}_1 Media del grupo Antes del tratamiento

\bar{X}_2 Media del grupo Después del tratamiento

3 OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

3.1 Objetivo general

- Identificar adultos de la tercera edad con diagnóstico de depresión mayor
- Describir las características psicológicas de los pacientes de la tercera edad con trastorno de depresión mayor
- Diseñar una Psicoterapia Psicodinámica Breve Individual basado en el modelo de Relaciones Objetales para adultos de la tercera edad diagnosticados con depresión mayor
- Probar la efectividad de la aplicación de la Psicoterapia Psicodinámica Breve Individual basado en el modelo de Relaciones Objetales en adultos de la tercera edad diagnosticados con depresión mayor

3.2 Objetivos Especificos

- Mostrar mediante el estudio de casos el perfil psicologico emocional de cada uno de los sujetos con el trastorno depresivo mayor
- Aplicar una psicoterapia breve individual basada en el modelo de Relaciones Objetales a individuos de la tercera edad diagnosticados con el trastorno de depresión mayor
- Mejorar los síntomas depresivos
- Comparar el nivel de depresión antes y despues de la Psicoterapia Psicodinámica breve basado en el modelo de Relaciones Objetales
- Validar la efectividad de la Psicoterapia Psicodinámica breve basado en el modelo de Relaciones Objetales

4 DISEÑO DE INVESTIGACION

Este estudio realizó una intervencion de Psicoterapia Psicodinamica breve individual basado en el modelo de Relaciones Objetales con la finalidad de que el estado emocional depresivo mejorará. El mismo se efectuó bajo el diseño pre experimental de prueba post prueba con un solo grupo y estudio de caso

Los diseños pre-experimentales se le aplican una prueba antes y después del tratamiento a la muestra. Esto nos permite tener un punto de referencia inicial para conocer que nivel tenía el grupo en las variables dependientes antes de la aplicación del tratamiento (Sampieri et al 2006) Nos permite comparar los resultados y darle seguimiento al mismo Este modelo pre-experimental con un solo grupo por un lado nos permite la evaluación y comparación de los resultados después de la intervención, pero por otro lado no nos permite controlar las variables dadas sino que se trabaja con las situaciones suministradas Esto puede hacer que se presente durante la intervencion, otras variables que influyeron y por ende no ser reconocidas en el efecto real de la variable independiente Por lo tanto los cambios obtenidos

probablemente pueden estar asociados o vinculados a factores externos a la psicoterapia que estan fuera de nuestro alcance

Se selecciono este diseno porque nos permitió evaluar la efectividad del tratamiento y a su vez comparar los resultados obtenidos en el grupo experimental

Es importante mencionar que no se pudo presentar en la investigacion dos grupos especificamente el grupo de espera o control ya que por situaciones fuera de nuestro alcance que vinculan a los participantes de la muestra y por motivos de urgencia en el tiempo

5 VARIABLES DE INVESTIGACIÓN

5.1 Variable Independiente

○ Definición conceptual de la Variable Independiente

Intervención Psicoterapéutica Psicodinámica Breve Individual basado en el modelo de Relaciones Objetales

La psicoterapia psicodinamica individual breve es un procedimiento muy utilizado en el tratamiento de la depresión. La misma nace de las intervenciones en crisis y del psicoanálisis. Podemos mencionar autores pioneros importantes como Fenichel, Davanloo, Bellak, Sifneos, Malan, entre otros, quienes la implementaron. La psicoterapia psicodinámica breve trata un problema en concreto y ayuda a afrontar el conflicto de la vida del paciente. La técnica se basa en la focalización del problema nuclear. Así, el tratamiento se centra en el problema y permite al paciente que acceda a su situación y emociones atendiendo el conflicto en el proceso terapéutico. El foco terapéutico es una integración de los problemas del paciente, conteniendo así los síntomas que presenta y los

componentes psicodinámicos. El terapeuta tiene un rol activo flexible y evita que el foco se desvíe.

En el modelo de las Relaciones Objetales su teoría se sostiene en una relación diádica (madre-hijo) que se basa en la existencia de un objeto real interno para lo que se requiere la existencia de un objeto real externo. Las relaciones objetales se internalizan y forman parte de la estructura de la personalidad. En la relación terapéutica el paciente evoca estas relaciones y a través de las técnicas de intervención y transferencia positiva se ayuda al paciente.

Sifneos (1979) propone que para ofrecer el tratamiento de psicoterapia psicodinámica breve a un paciente el mismo debe ser flexible y estar motivado para los cambios y presentar como mínimo una relación fundamental en sus antecedentes. Además debe ser capaz de poner en primer término la elaboración del conflicto central frente a otros problemas secundarios y el hecho de expresar sus sentimientos.

Definición operacional de la variable independiente

Tratamiento Psicoterapia Psicodinámica breve individual basado en el modelo de Relaciones Objetales

La realización del programa de intervención se llevó a cabo de la siguiente forma:

Primera sesión individual: se realizó la evaluación psicológica del estado mental y se aplicaron los instrumentos de medición. El paciente firmó la nota de consentimiento y se acordó con el paciente el inicio de la terapia.

A continuación se detalla el diseño de la intervención psicoterapéutica de las sesiones:

Sesión I

- Establecer la alianza terapéutica
- Acordar con el paciente el foco del conflicto a tratar durante la terapia.
- Motivar al paciente aclarar falsas ideas

- Convencer al paciente que el terapeuta comprende su sufrimiento y es capaz de ayudarlo
- Realizar el contrato terapeutico verbal
- Se hace referencia de cuántas sesiones nos quedan para terminar la terapia breve

Sesión II

- Sintetizar sobre la sesión anterior
- Reafirmar el foco
- Ayudar al paciente a identificar y controlar la ansiedad que invade su vida.
- Darle contención e invitarle a que explore su mundo interno
- Se hace referencia cuántas sesiones nos quedan para terminar la terapia breve

Sesión III

- Sintetizar sobre la sesión anterior
- Reforzar la autoestima del paciente
- Minimizar el impacto del superyo
- Paciente evalúe sus relaciones interpersonales (dependencia, hostilidad flexibilidad etc)
- manejar las representaciones objetales del paciente y sus patrones de interaccion
- Se hace referencia cuántas sesiones nos quedan para terminar la terapia breve

Sesión IV a la sesión VIII

- Sintetizar sobre la sesión anterior
- Mostrar empatía y contención
- Facilitar la transferencia positiva
- Se atiende el foco del conflicto estableciendo los límites si el paciente trae otros temas que no se relacionan
- Valorar las pérdidas
- Mostrar congruencia entre lo que se dice y hace en la terapia
- Examinar identificar y ver el impacto de los eventos detonantes y precipitantes que produjeron la depresión
- Explorar con el paciente los miedos y prohibiciones que lo alejan de su mundo emocional y los métodos que utiliza para lograrlo
- Hacer consciente las representaciones mentales que el paciente tiene acerca de sí mismo de los demás y de la realidad en la que se encuentra inserto
- Se ayuda al paciente a reconstruir la relación con el objeto perdido o deteriorado facilitando la expresión emocional y elaboración del afecto
- Explorar los constituyentes del conflicto y de las reacciones transferenciales

- Se identifica las fuentes de incomprensión en sus relaciones que producen problemas de comunicación
- Se evalúan los cambios de roles y cómo el paciente se ha adaptado al cambio de vida
- Terapeuta focalice patrones repetitivos (temas) para señalarlos
- Terapeuta focalice los sentimientos asociados cuando el paciente hable de sus síntomas
- Promover el *insight*
- Establecer la relación causa efecto entre comportamiento del paciente y reacciones de los otros que le causan sufrimiento
- Utilizar la confrontación para señalar sentimientos que el paciente se esfuerza en anular actitudes que tiende a minimizar
- Reconocer la aparición de síntomas o conductas y los hechos que lo desencadenan y las vivencias internas que estos generan
- Reforzar los esfuerzos reestructurativos valiosos de la vida de la persona
- Evaluar con el paciente la relación objetal entre terapeuta paciente
- Se trabajan las defensas que utiliza el paciente en especial la negación
- Se promueve el establecimiento de nuevas relaciones ocupaciones etc
- Se hace referencia cuántas sesiones nos quedan para terminar la terapia breve

IX sesión

- Sintetizar sobre sesión anterior
- Recopilar con el paciente lo aprendido durante las sesiones
- Se inicia el tema de la separación y terminación de la terapia
- Se tocan puntos no aclarados
- Se hace referencia cuántas sesiones nos quedan para terminar la terapia breve

Sesión X

- Sintetizar sobre sesión anterior
- Se habla de terminación y la ansiedad que produce
- Explora los ajustes o adaptaciones que ha podido realizar
- Se hace referencia cuántas sesiones nos quedan para terminar la terapia breve

Sesión XI

- Sintetizar sobre sesión anterior
- Reconocimiento de potencialidades y planificación futura
- Recopilar lo tratado en la terapia
- Se hace referencia cuántas sesiones nos quedan para terminar la terapia breve

Sesión XII

- Sintetizar sobre sesión anterior
- Cierre despedida y terminación de la terapia
- Aplicación de los instrumentos de medición

5.2 Variable Dependiente

Definición conceptual de la variable dependiente

Depresión

La depresión es un estado emocional caracterizado por una tristeza y aprensión sentimientos de inutilidad culpabilidad retraimiento pérdida del sueño apetito deseo sexual y desesperanza profundos. La depresión es una tristeza sin razón aparente que la justifique y además profunda y persistente.

El concepto de depresión recoge la presencia de síntomas afectivos esfera de los sentimientos o emociones tristeza patológica, decaimiento irritabilidad sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida, aunque en mayor o menor grado siempre están también presentes síntomas de tipo cognitivo volitivo o incluso somático. Es una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva (Alberdi Taboada, Castro Vázquez 2006).

Gabbard (2002) los individuos experimentan la depresión psicológicamente como una alteración de la autoestima en el contexto de las relaciones interpersonales fallidas. Estas relaciones infantiles son internalizadas y reactivadas en la adultez con el comienzo de los trastornos afectivos. El tormentoso mundo interno de relaciones de objeto es entonces externalizado en relaciones actuales en el mundo del paciente. La depresión ilustra la relación estrecha entre las interacciones interpersonales íntimas de un individuo y el mantenimiento de la autoestima. En términos de la psicología del *self* la depresión puede ser vista como la desesperanza resultante de la falla de los objetos del *self* para gratificar las necesidades del *self* tales como necesidades de especularidad unión o idealización.

Definición operacional de la variable dependiente

Depresión (Trastorno Depresivo Mayor)

La variable se midió mediante dos diferentes instrumentos uno es el Inventario de Depresión de Beck que mide el estado y la severidad de la depresión en adultos. Fue desarrollada para ajustarse a los síntomas correspondientes a los criterios de diagnósticos de depresión listados en el DSM IV TR. El otro es la escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung la cual evalúa el nivel de depresión en pacientes diagnosticados con algún desorden depresivo.

Los pacientes que cumplieron con el diagnóstico clínico de depresión mayor se les realizó la entrevista clínica individual que es el instrumento de mayor importancia en nuestra investigación.

6 Población y muestra

6.1 Población

Pacientes de la tercera edad diagnosticados con el trastorno de depresión mayor.

6.2 Muestra

El tipo de muestra fue no paramétrica. El muestreo fue por conveniencia, el cual se realizó de forma arbitraria e informal. Esto indica, que no todos los sujetos que son parte de la población tuvieron la misma probabilidad de ser seleccionados.

Un total de 23 individuos de la tercera edad, pacientes del Dr. Cleveland A. Beckford (geriatra) fueron recomendados porque en sus citas médicas manifestaron sentirse desanimados y tristes. Además presentaban ciertos síntomas físicos que al doctor le llamaron la atención, porque podían estar asociados con el estado de ánimo.

Estos sujetos aceptaron voluntariamente participar en el estudio. Al momento de ser evaluados solo cinco de ellos cumplieron con los criterios de inclusión establecidos previamente. Los criterios que en su mayoría no cumplían el resto de la muestra fueron los criterios del DSM IV TR de depresión mayor, la edad porque tenían más de 75 años y otros habían perdido a un ser querido cercano en menos de un año.

Se seleccionaron los individuos que obtuvieron una puntuación por encima de 29, la cual se considera una depresión severa en el Inventario de Depresión de Beck, y a su vez una puntuación mayor de 69, la cual considera al sujeto severamente deprimido en la Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung. Además se llevó a cabo la entrevista clínica individual a cada uno que ratificó el diagnóstico clínico.

Se escogió a 5 pacientes de la tercera edad que tuvieran el diagnóstico de depresión mayor. Se les explicó en qué consistía la investigación y se les entregó la nota de consentimiento para su aprobación y firma, en la cual ellos aceptaron que podían ser parte del estudio. Este muestreo fue intencional porque se obtuvo de la población que cumplía con los criterios de inclusión.

El estudio finalizó con cuatro pacientes porque uno de ellos no pudo terminar la terapia, ya que se tuvo que someter a una intervención quirúrgica. Hubo mortalidad experimental, lo cual está fuera del alcance y control de psicoterapeuta.

6.3 Criterios de Inclusión

- Que tengan entre 65 y 74 años de edad
- Sin antecedentes de suicidio, alcoholismo, consumo de sustancias, comportamiento destructivo o diagnósticos depresivos previos
- No presentar otro trastorno psicológico diagnosticado
- Que no estén recibiendo tratamiento psicológico, psiquiátrico o medicamentos para la depresión

- Que hayan firmado la nota de consentimiento informado

6.4 Criterios de Exclusión

- Ningun familiar de primera o segunda consanguinidad haya fallecido en el último año
- Presencia de otra enfermedad clínicamente significativa

7 TÉCNICAS DE MEDICIÓN E INSTRUMENTOS

En el estudio utilizamos los siguientes instrumentos los cuales citamos en orden de importancia

○ Entrevista Clínica psicológica individual

Es el encuentro que se da entre el psicoterapeuta y el paciente el cual permite que se lleve a cabo la comunicación e interacción de ambos intercambio afectivo la observación y se establezca un vínculo que produzca confianza. Se realiza la elaboración de una anamnesis detallada de los datos personales y antecedentes del paciente. El clínico debe tener la capacidad de escuchar y estar atento al contenido verbal lenguaje corporal las contradicciones que presente frases significativas hechos que recuerde o no con facilidad en general a su comportamiento en general

○ “Escala Zung para la depresión”

La escala autoaplicada de Depresión de Zung (*Self Rating Depression Scale SDS*) desarrollada por Zung en 1965 es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada de cierto modo de la escala de depresión Hamilton, ya que al igual que ella da mayor peso al componente somático conductual del trastorno depresivo

Es una escala autoaplicada formada por 20 frases relacionadas con la depresión formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos

Tiene gran peso en síntomas somáticos y cognitivos con ocho reactivos para cada grupo completándose la escala con dos referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores

- **“Inventario de depresión” de Beck**

Es uno de los instrumentos más usados para la valoración de síntomas depresivos en adultos y adolescentes. Fue desarrollada y luego revisada para ajustarse a los síntomas correspondientes a los criterios diagnósticos de depresión listados en el DSM IV TR. En esta versión los ítems no fueron seleccionados para reflejar ninguna teoría en particular de depresión, es más, ninguna definición de depresión se incluye en el manual del BDI II.

Las ventajas de esta versión (por varias revisiones realizadas) son una alta consistencia interna, alta validez de contenido, especificidad en la diferenciación de pacientes deprimidos y sanos y su popularidad internacional.

Para la debida interpretación se suma el puntaje dado a cada ítem y se obtiene el total. Las puntuaciones por debajo de 9 nos indican que no sufre de depresión. Las puntuaciones entre 10 y 29 reflejan que el sujeto tiene una depresión leve o moderada y si su puntuación es de 30 o más padece de una depresión severa.

8 PROCEDIMIENTO ESTADÍSTICO

Para los análisis estadísticos de las escalas de depresión de Zung y de Beck se utilizaron dos pruebas no paramétricas: la prueba de Rangos de Wilcoxon y la de U de Mann-Whitney para las muestras relacionadas.

Ambas pruebas evalúan si una diferenciación entre los grupos de manera significativa respecto a sus medias en la aplicación de inventario preprueba-postprueba. Se utilizó un nivel de significación de $\alpha = 0.05$ para ambas pruebas estadísticas.

Se utilizó el programa XLSTAT versión 2011 para procesar los datos estadísticos.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

RESULTADOS

Después de haber culminado esta investigación queremos plasmar los resultados obtenidos. Para esto hemos dividido este apartado en dos secciones: la primera, se describe las características sociodemográficas de la muestra y la otra sección, presenta los resultados en base a la prueba de hipótesis planteadas en un inicio.

La muestra está compuesta por cuatro participantes, quienes cumplieron con los criterios de inclusión establecidos previamente para ser considerados en el estudio.

1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

TABLA N° 1

	1	2	3	4
Sexo	Femenino	Femenino	Femenino	Femenino
Edad	67	66	64	71
Escolaridad	Secundaria	Doctorado	Licenciatura	Licenciatura
Estado civil	Divorciada	Divorciada	Viuda	Viuda
Número de hijos	2	2	4	4
Status laboral	Jubilada	Jubilada	Jubilada	Jubilada

Sandra de Montenegro

Como puede observarse en la tabla n° 1, la muestra estuvo conformada por cuatro sujetos, mujeres en su totalidad, con una media de edad de 67 años. El cincuenta por ciento de ellas, culminó estudios universitarios a nivel de licenciatura, el veinticinco por ciento logro un doctorado y el otro veinticinco por ciento curso estudios secundarios. En referencia al estado civil, la mitad de la muestra es divorciada y la otra mitad es viuda.

RESULTADOS

Después de haber culminado esta investigación queremos plasmar los resultados obtenidos. Para esto hemos dividido este apartado en dos secciones: la primera, se describe las características sociodemográficas de la muestra y la otra sección presenta los resultados en base a la prueba de hipótesis planteadas en un inicio.

La muestra está compuesta por cuatro participantes quienes cumplieron con los criterios de inclusión establecidos previamente para ser considerados en el estudio.

1 DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

TABLA N° 1

	1	2	3	4
Sexo	Femenino	Femenino	Femenino	Femenino
Edad	67	66	64	71
Escolaridad	Secundaria	Doctorado	Licenciatura	Licenciatura
Estado civil	Divorciada	Divorciada	Viuda	Viuda
Numero de hijos	2	2	4	4
Status laboral	Jubilada	Jubilada	Jubilada	Jubilada

Sandra de Montenegro

Como puede observarse en la tabla n° 1 la muestra estuvo conformada por cuatro sujetos mujeres en su totalidad con una media de edad de 67 años. El cincuenta por ciento de ellas culminó estudios universitarios a nivel de licenciatura, el veinticinco por ciento logró un doctorado y el otro veinticinco por ciento cursó estudios secundarios. En referencia al estado civil, la mitad de la muestra es divorciada y la otra mitad es viuda.

En cuanto a la cantidad de hijos que tienen (todos viven), dos de ellas que representa el 50% de la muestra tienen 2 hijos y el otro 50% tiene 4 hijos. El cien por ciento de ellas laboró hasta la edad de jubilación, obteniendo así este beneficio.

2. PRUEBA DE HIPÓTESIS

En esta sección se encuentran las estadísticas descriptivas del pretest y post-test, las puntuaciones obtenidas, la hipótesis nula, la hipótesis alternativa, cálculo estadístico de la prueba, la interpretación de ambas pruebas, resultado y conclusión.

2.1 Depresión – Beck

TABLA N°. II

Estadísticas Descriptivas: Comparación Pretest / Post-test

	Beck/Pretest	Beck/Post-test
Media	21.5	6.5
Desviación Típica	3.109	2.082
Observaciones	4	4
Puntuación mínima	18	25
Puntuación máxima	4	9

Sandra de Montenegro

En cuanto a la cantidad de hijos que tienen (todos viven) dos de ellas que representa el 50% de la muestra tienen 2 hijos y el otro 50% tiene 4 hijos El cien por ciento de ellas laboró hasta la edad de jubilación obteniendo así este beneficio

2 PRUEBA DE HIPÓTESIS

En esta sección se encuentran las estadísticas descriptivas del pretest y post test, las puntuaciones obtenidas la hipótesis nula, la hipótesis alternativa, cálculo estadístico de la prueba, la interpretación de ambas pruebas resultado y conclusión

2.1 Depresión – Beck

TABLA N° II
Estadísticas Descriptivas Comparación Pretest / Post test

	Beck/Pretest	Beck/Post test
Media	21.5	6.5
Desviación Típica	3.109	2.082
Observaciones	4	4
Puntuación mínima	18	25
Puntuación máxima	4	9

Sandra de Montenegro

TABLA N°. III

BECK – Inventario de Depresión de Beck – Comparación entre el pretest y post-test.

Sujeto	1	2	3	4
Beck/pretest	18	23	20	25
Beck/post-test	4	9	7	6

Sandra de Montenegro

Hipótesis

Ho: No existe diferencia entre los puntajes obtenidos de los sujetos en el Inventario de Depresión de BECK antes y después de recibir el tratamiento.

Ha: Existen diferencias significativas entre los puntajes del Inventario de Depresión de Beck obtenidos antes y después de recibir el tratamiento.

Nivel de significancia: $\alpha = 0.05$

Cálculo del estadístico de la prueba:

Prueba Mann-Whitney / Prueba bilateral

U	16.000
Esperanza	8.000
Varianza (U)	12.000
p-valor (bilateral)	0.029
alfa	0.05

Se ha utilizado una aproximación para calcular el p-valor

Resultado: vemos que el p-valor registrado es menor que el nivel de significación $\alpha = 0.05$, entonces se rechaza la H_0 hipótesis nula y se acepta la H_a hipótesis alternativa. El riesgo de rechazar la hipótesis nula (H_0), cuando es verdadera es menor que 2.90%.

TABLA N° III

BECK – Inventario de Depresion de Beck – Comparación entre el pretest y post test

Sujeto	1	2	3	4
Beck/pretest	18	23	20	25
Beck/post test	4	9	7	6

Sandra de Montenegro

Hipótesis

Ho No existe diferencia entre los puntajes obtenidos de los sujetos en el Inventario de Depresión de BECK antes y después de recibir el tratamiento

Ha Existen diferencias significativas entre los puntajes del Inventario de Depresion de Beck obtenidos antes y despues de recibir el tratamiento

Nivel de significancia $\alpha = 0.05$

Calculo del estadístico de la prueba

Prueba Mann Whitney / Prueba bilateral

U	16 000
Esperanza	8 000
Varianza (U)	12 000
p-valor (bilateral)	0.029
alfa	0.05

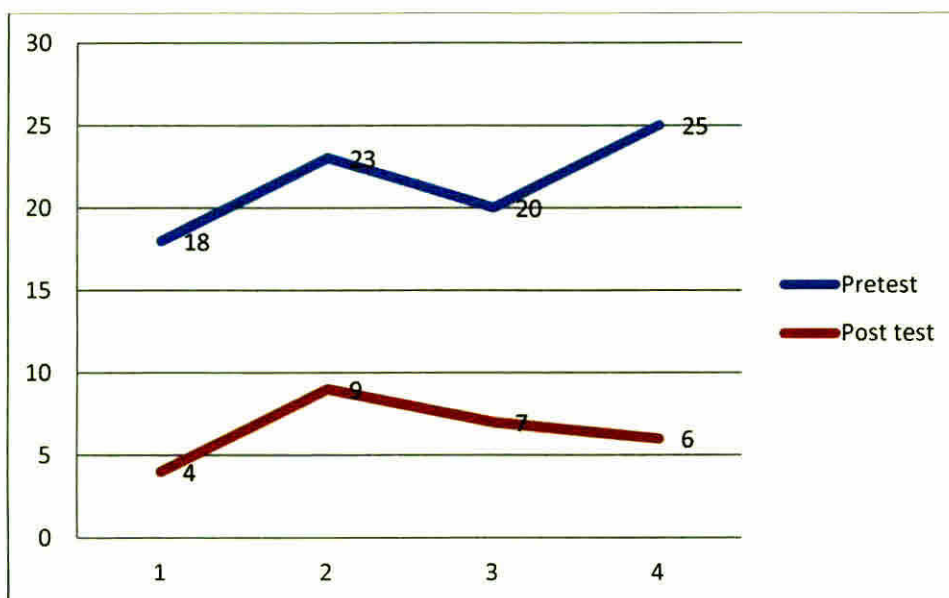
Se ha utilizado una aproximación para calcular el p valor

Resultado vemos que el p valor registrado es menor que el nivel de significacion alfa = 0.05 entonces se rechaza la Ho hipótesis nula y se acepta la Ha hipotesis alternativa. El riesgo de rechazar la hipótesis nula (Ho) cuando es verdadera es menor que 2.90%

Conclusión: Tomando como referencia el nivel de significancia del 5% podemos concluir que existen diferencias significativas entre los puntajes del Inventario de Depresión de Beck obtenidos antes y después de recibir el tratamiento.

GRÁFICA N° 1

Beck- Comparación entre el pretest y post-test del inventario de depresión.



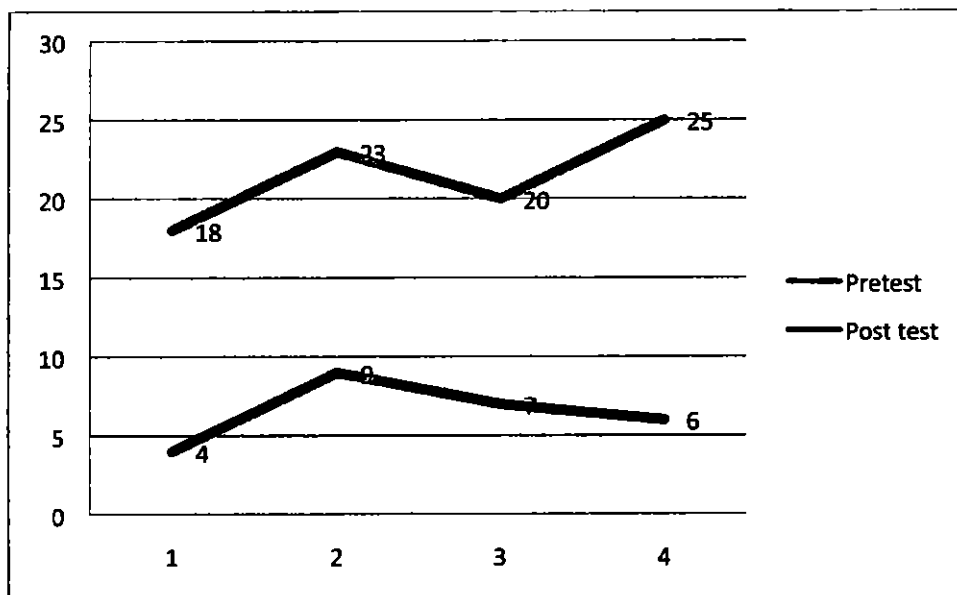
Sandra de Montenegro

En la gráfica se registran las puntuaciones obtenidas en el pretest y post-test. Observamos una diferencia significativa porque las puntuaciones del post-test disminuyeron, lo que nos indica que todas las participantes se sintieron mejor después de haber recibido el tratamiento.

Conclusión Tomando como referencia el nivel de significancia del 5% podemos concluir que existen diferencias significativas entre los puntajes del Inventario de Depresion de Beck obtenidos antes y despues de recibir el tratamiento

GRÁFICA N° 1

Beck Comparación entre el pretest y post test del inventario de depresion



Sandra de Montenegro

En la grafica se registran las puntuaciones obtenidas en el pretest y post test. Observamos una diferencia significativa porque las puntuaciones del post test disminuyeron, lo que nos indica que todas las participantes se sintieron mejor después de haber recibido el tratamiento.

2.2 Depresión – Zung

TABLA N°. IV

Estadísticas Descriptivas: Comparación Pretest / Post-test

	Zung/Pretest	Zung/Post-test
Media	59.25	28
Desviación Típica	6.131	2.944
Observaciones	4	4
Puntuación mínima	53	24
Puntuación máxima	67	31

Sandra de Montenegro

TABLA N°. V

ZUNG – Escala de Autoevaluación para la Depresión – Comparación entre el pretest y post-test.

	1	2	3	4
Zung/pretest	53	61	67	56
Zung/post-test	28	31	29	24

Sandra de Montenegro

2.2 Depresión – Zung

TABLA N° IV

Estadísticas Descriptivas Comparacion Pretest / Post test

	Zung/Pretest	Zung/Post test
Media	59.25	28
Desviación Típica	6.131	2.944
Observaciones	4	4
Puntuación mínima	53	24
Puntuación máxima	67	31

Sandra de Montenegro

TABLA N° V

ZUNG – Escala de Autoevaluación para la Depresión – Comparacion entre el pretest y post test

	1	2	3	4
Zung/pretest	53	61	67	56
Zung/post test	28	31	29	24

Sandra de Montenegro

Hipótesis

H₀ No existen diferencias significativas entre los puntajes obtenidos de los sujetos en la Escala de Autoevaluación para la depresión de Zung antes y después de recibir el tratamiento

H_a Existen diferencias significativas entre los puntajes de la Escala de Autoevaluación para la depresión de Zung obtenidos antes y después de recibir el tratamiento

Nivel de significancia $\alpha = 0.05$

Cálculo del estadístico de la prueba

Prueba de Mann Whitney / Prueba bilateral

U	16 000
Esperanza	8 000
Varianza (U)	12 000
p valor (bilateral)	0.029
alfa	0.05

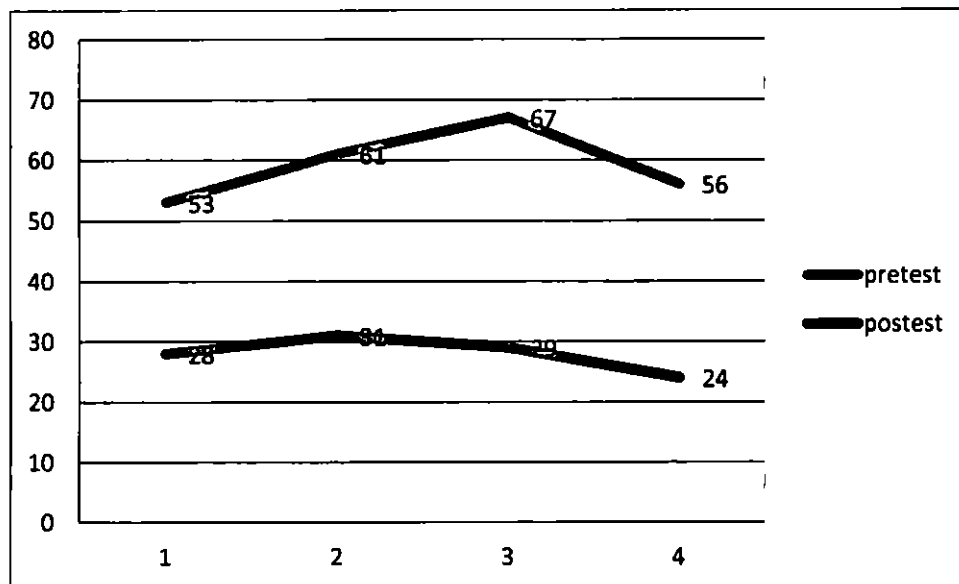
Se ha utilizado una aproximación para calcular el p valor

Resultado vemos que el p-valor registrado es menor que el nivel de significación $\alpha = 0.05$ entonces se rechaza la H₀ hipótesis nula y se acepta la H_a hipótesis alternativa. El riesgo de rechazar la hipótesis nula (H₀) cuando es verdadera es menor que 2.90%

Conclusión Tomando como referencia el nivel de significancia del 5% podemos concluir que existen diferencias significativas entre los puntajes de la Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung obtenidos antes y después de recibir el tratamiento

GRAFICA N° 2

Zung Comparacion entre el pretest y post test del inventario de depresion



Sandra de Montenegro

Podemos observar que en la gráfica las puntuaciones obtenidas en el inventario de depresión de Zung en el pretest son significativamente diferentes a las obtenidas en el post test. Se podrán percatar que hay una disminución en el puntaje de todas las participantes que tomaron el tratamiento de psicoterapia psicodinámica breve individual basado en el modelo de Relaciones Objetuales.

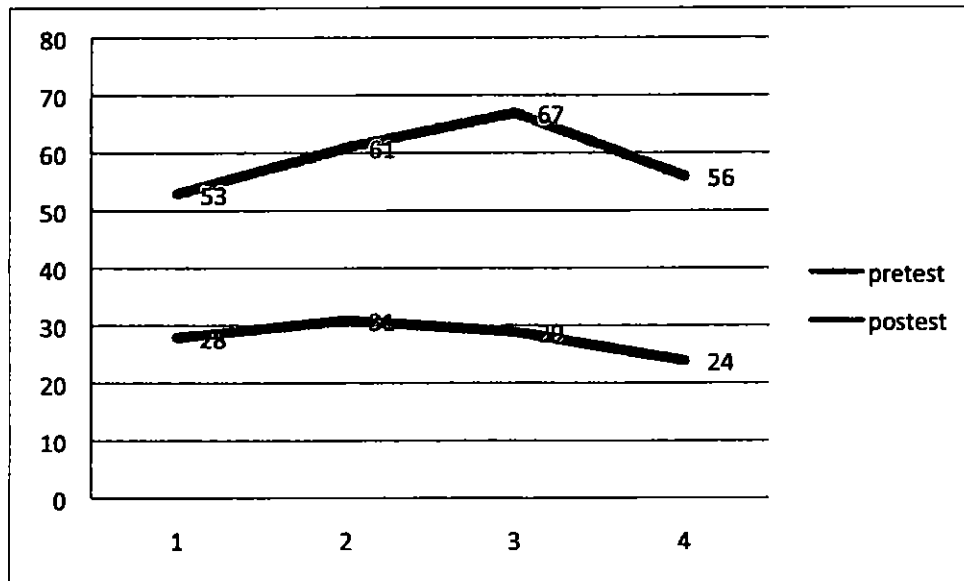
3 ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Recordemos que la hipótesis principal de nuestro estudio plantea

Los adultos de la tercera edad diagnosticados con depresión mayor que participen de un programa de Intervención Psicoterapéutica Individual breve

GRAFICA N° 2

Zung Comparacion entre el pretest y post test del inventario de depresion



Sandra de Montenegro

Podemos observar que en la grafica las puntuaciones obtenidas en el inventario de depresión de Zung en el pretest son significativamente diferentes a las obtenidas en el post test. Se podrán percatar que hay una disminución en el puntaje de todas las participantes que tomaron el tratamiento de psicoterapia psicodinámica breve individual basado en el modelo de Relaciones Objetales.

3 ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Recordemos que la hipótesis principal de nuestro estudio plantea

Los adultos de la tercera edad diagnosticados con depresión mayor que participen de un programa de Intervención Psicoterapéutico Individual breve

basado en el modelo de Relaciones Objetales reportarán una disminución de los síntomas que presentan

Por esta razón a continuación se analizará el comportamiento de la variable de depresión la cual fue medida con dos diferentes instrumentos uno fue el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y el otro la escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung (SDS)

Tomando como referencia la descripción estadística realizada anteriormente podemos señalar y concluir que en base al instrumento utilizado el inventario de Depresión de Beck para adultos de la tercera edad diagnosticados con depresión mayor fueron sensibles al tratamiento psicoterapéutico individual breve basado en el modelo de Relaciones Objetales ya que existe una disminución significativa en la sintomatología de la depresión

Igualmente de acuerdo al análisis estadístico efectuado previamente con la escala de autoevaluación para la Depresión de Zung nos refleja que la puntuación obtenida de los individuos antes y después de ser aplicado el tratamiento da a conocer que los cuatro participantes del estudio tuvieron una mejora en la sintomatología depresiva

DISCUSIÓN

En esta sección queremos dar un pantallazo del estudio y de sus resultados. También deseamos hacer de su conocimiento las implicaciones en general.

Al evaluar, analizar y explorar retrospectivamente el proceso terapéutico, puedo compartir que desde el inicio y durante el tratamiento las pacientes manifestaron el deseo de poder cumplir con todas las sesiones porque estaban en búsqueda de una mejora. Anhelaban y deseaban sentirse mejor, más animadas y contentas. Podemos decir que todas experimentaron una aceptación y resignación de estar en esta etapa de la tercera edad, en la cual experimentan sentimientos encontrados que muchas veces les podía llevar a auto reflexiones que generaban tristeza por situaciones no resueltas. Por medio de la terapia se logró procesar las circunstancias que impedían la adaptación y aceptación de estar en la tercera edad.

La terapia brindó un espacio seguro, confiable, exclusivo, no amenazante y de mucha contención para que ellas se pudieran sentir importantes, escuchadas, comprendidas, valoradas, cuidadas y atendidas por el terapeuta, que no les criticaba ni señalaba, sino que les ayudaba a explorar la parte afectiva y así atenderla porque estaba reprimida, proyectada y hasta encapsulada. Esto permitió que pudiéramos lograr los objetivos del tratamiento porque pudieron compartir sus dolores internos, miedos, frustraciones, sentimientos y anhelos, entre otros.

Es importante señalar que las pacientes cumplían con los criterios necesarios para el diagnóstico de depresión mayor, que parte de los mismos son síntomas físicos que generaban en ellas preocupaciones. Se logró procesar con ellas que no solo debían enfocarse en esto, sino más bien tenían que atender y comprender su mundo interno y las situaciones externas que también son de gran influencia en los síntomas. Ellas pudieron priorizar sus temas durante el proceso y a su vez experimentaron alivio y mejoras en los síntomas porque estaban atendiendo las afecciones emocionales. Cumplimos así con los objetivos trazados en un inicio: entre estos, mejorar su autoestima, fortalecer el Yo, mejorar sus relaciones interpersonales (objetales), reparar y procesar algo no resuelto.

Entre las mejoras ajustes y cambios que se lograron con la aplicación de la psicoterapia psicodinámica breve individual basado en el modelo de las Relaciones Objetales podemos mencionar los de mayor impacto a continuación

- 1 Las participantes experimentaron una realización personal porque fueron capaces de poder hablar atender entender y procesar los problemas que le aquejaban, ya que en un principio presentaron resistencia a los mismos por temores internos
- 2 Comprendieron que por su salud mental deben estar consciente de sus pensamientos conductas y verbalizaciones para darse cuenta lo que están sintiendo queriendo y deseando De esta manera lograron entenderse mejor
- 3 Aprendieron como deben atender y afrontar situaciones que pueden ser difíciles para ellas Manejando su parte y no pretender que pueden cambiar el manejo o formas de los demás
- 4 Establecieron límites en ciertas relaciones interpersonales que estaban siendo dañinas para su salud mental Esto les generaba mucha preocupación y estrés
- 5 Reconocieron y aceptaron sus errores pasados y cierre de los mismos para que no estuvieran latente en sus mentes
- 6 Desarrollaron la capacidad de poder compartir y expresar sus ideas sentimientos y deseos de una manera adecuada, sin el temor de poder ser juzgadas
- 7 Manifestaron cambios y mejoras en sus relaciones objetales fuesen entre familiares amigos vecinos otros
- 8 Lograron sentirse más confiadas y seguras de sí mismas eliminando así la dependencia de estar acompañadas siempre por otros
- 9 Alivio y mejora de síntomas depresivos
- 10 Mejoraron su autoestima
- 11 Realizaron un mayor conocimiento de sí mismo
- 12 Lograron la internalización de los logros adquiridos en la terapia
- 13 La terminación de la terapia y separación del terapeuta, la elaboraron con un buen grado de resolución
- 14 Desarrollaron una mayor tolerancia a efectos displacenteros para una mejor adaptación satisfactoria.

En base a estos resultados los cuales son indicadores positivos podemos afirmar que la Psicoterapia Psicomotriz Breve Individual basado en el modelo de Relaciones Objetales fue efectiva para disminuir los síntomas depresivos logrando así los objetivos previamente establecidos

Nuestros resultados al igual que los de Gallagher y Thompson (1982) quienes efectuaron un estudio para comprobar la efectividad de la terapia breve orientada al *insight* con adultos diagnosticados como clínicamente deprimidos y mayores de 55 años fueron positivos porque hubo reducción en los síntomas

Esta investigación puede ser utilizada como referencia para futuros estudios en los cuales se desea evaluar la efectividad de la psicoterapia psicomotriz breve individual basada en el modelo de Relaciones Objetales

CONCLUSIONES

Despues de haber realizado la intervencion analizado los resultados obtenidos ante la aplicacion de la Psicoterapia Psicodinámica Breve Individual basado en el modelo de Relaciones Objetales a pacientes de la tercera edad diagnosticadas con trastorno Depresivo Mayor podemos hacer las siguientes conclusiones

- Por los resultados obtenidos en las pruebas nos indica que la Psicoterapia Psicodinámica Breve Individual basado en el modelo de Relaciones Objetales ayuda a mejorar los síntomas del trastorno depresivo mayor en adultos de la tercera edad
- Los pacientes lograron experimentar sentimientos más saludables y positivos que los motivaron a poder disfrutar su vida a mayor plenitud sabiendo que ya tiene mas del tiempo recorrido
- La contención brindada por el terapeuta influye de manera positiva en la alianza terapeutica
- La tercera edad no es un impedimento para realizar un terapia efectiva porque aun se esta a tiempo de realizar mejoras
- La nota de consentimiento es un punto de apoyo positivo consciente de compromiso que ayuda al paciente a estar motivado a mejorar terminar y ver los resultados que va a obtener
- El deseo inconsciente del paciente de encontrar una relación objetal que pueda ser objetiva, neutral y que lo cuide ayuda a establecer una relación
- El darle seguimiento a los objetivos terapeuticos ayuda a la efectividad de la terapia, siendo conscientes de los limites y recursos internos de cada paciente
- La presencia de ciertas limitaciones para la realizacion del estudio porque son pacientes que tienes padecimientos fisicos que no le permitieron culminar con la terapia.
- Los pacientes se concientizaron del poco tiempo que les queda y esto permitio que hicieran algunos ajustes y cierres
- La psicoterapia permitio que pudieran evaluar si tenían o no limitaciones en tareas que podian realizar esto les permitió realizar mejores planes de interaccion

- Hizo que los pacientes se dieran cuenta que aunque tengan cierta edad afecciones físicas emocionales y experimenten rechazo de otros igual son importantes para la sociedad

Como psicoterapeuta puedo compartir que experimente lo siguiente

- En un principio experimente compasión por las participantes porque su contenido verbal era un cumulo de quejas e insatisfacciones porque sentían que nadie las comprendía y que a nadie les importaba Esto me hacía pensar que debía acompañarlos en el proceso porque pensaba que podía ser doloroso y difícil atender el foco de la terapia Me dije que cualquier otra persona los puede consolar mi trabajo hacerles ver lo que les está incomodando
- En varias ocasiones sentía que eran devaluantes conmigo porque hacían referencia que no les podía entender porque yo era aun joven y no había pasado por esa etapa. Este ataque me podía incomodar un poco al principio pero inmediatamente veía la parte del paciente para pensar en las devoluciones
- En particular con una paciente que no escucha bien se me hizo difícil en la parte intermedia de la terapia porque sentía que ella no me escuchaba y no le interesaba que yo decía. Tenía deseos de buscar otra en reemplazo porque pensaba que no iba a lograr los objetivos Vencí mi resistencia y lo que hice fue sentarme mas cerca y hablar mas alto
- Todas las pacientes tenían sentimientos de culpas al revivir experiencias en las cuales dan como resultados fracasos sueños truncados ilusiones frustradas objetivos no alcanzados en las cuales ellas eran las únicas responsables
- El constante cuestionamiento de algunas pacientes de qué podían hacer para sentirse mejor porque sentían que no avanzaban generaron en mí momentáneamente incertidumbre e invalidación de la psicoterapia breve

RECOMENDACIONES

Después de haber realizado el estudio deseo hacer recomendaciones en diferentes áreas

A nivel de investigacion

- Realizar una evaluacion o programa de seguimiento para ver si los logros terapéuticos se mantienen o no
- Comprobar si la psicoterapia psicodinámica breve individual basado en el modelo de Relaciones Objetales es efectiva en adultos de 30 a 45 años de edad
- Verificar si la Psicoterapia Psicodinámica basada en el modelo de Relaciones Objetales es efectiva en adultos deprimidos con ideas suicidas
- Realizar una evaluación en la calidad de vida de los pacientes de la tercera edad con trastorno de depresion para saber cómo influye la psicoterapia.
- Realizar esta investigación con diseño experimental para estudiar dos muestras un grupo control y un grupo experimental para comprobar la eficacia del tratamiento
- Realizar estudios en donde se pueda comparar la efectividad de terapias cognitivas terapias conductuales y terapias breves orientadas al insight que ayuden a mejorar a pacientes deprimidos de la tercera edad

A nivel profesional

- Efectuar algunas sesiones con los cuidadores o familiares de los pacientes de la tercera edad para orientarles en como sobrellevar estos adultos de la tercera edad
- Poder brindarle el apoyo en cuanto a orientacion si necesitan buscar otros profesionales médicos
- Establecer y mantener una alianza terapeutica durante todo el tratamiento para contener al paciente y este sea un modelo nuevo reparador de sus relaciones interpersonales pasadas

En cuanto a la resistencia o contratransferencia

- Efectuar supervisión de los casos para revisar el proceso del paciente
- Estar alerta de la contratransferencia y si es necesario atenderlos en psicoterapia personal para evitar que pueda ser un obstaculo en el tratamiento
- Mantener el encuadre terapéutico acordado previamente con el paciente en referencia a horarios y limites adecuados
- Atender las contratransferencias del psicoterapeuta en la terapia.
- Ser cuidadoso al momento de exponer temas delicados o situaciones de incomodidad

BIBLIOGRAFIA

Administration on Aging (2001) Older People and Mental Health Issues and Opportunities Washington, D C Department of Health and Human Services

Akutsu H Legge G E Ross J A & Schuebel K J (1991) Psychophysics of reading X Effects of age related changes in vision Journal of Gerontology Psychological Sciences 46(6) 325 331

Almeida Filho N Coutinho E Faria, J Fernades J Baxter S (1997) Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity Br J Psychiatry

Asociacion Americana de Psiquiatria (2003) Manual Diagnostico y Estadistico de los Trastornos Mentales (DSM IV TR) México Ed Manual Moderno

Balint M (1989) La falta básica. Barcelona Pados

Baltes P (1987) Psicologia evolutiva del ciclo vital Teorias y métodos Madrid Alianza Editorial

Beckett, W (2002) Social engagement and cognitive function in old age

Berger K S y Thompson R A Psicología del desarrollo adultez y vejez Madrid Editorial Médica Panamericana, 2001

Bibring E (1953) The mechanism of depression in affective Disorders Psychoanalytic Cotnributions to their study Edited by Greenacre P New York International Universities press page 13 – 48

Blazer D G (2003) Depression in late life Review and commentary The Journals for gerontology series A Biological sciences and medical sciences

Bleichmar H (1996) Some subtypes of depression and their implications for psychoanalytic treatment. Int J Psycho Anal 77 935 961

Bowlby J (1961) Grief and Mourning in Infancy and Early Childhood Psychoanalytic Study of the Child

Concha, M (1996) Estudio de Carga de Enfermedad, Informe final Ministerio de Salud de Chile

Craig G D Desarrollo psicologico México Pearson Educacion 2001

Dytchwald K (1990) Healthy aging challenges and solutions Maryland Aspen Publication

Eaton W Kessler L (1981) Rates of Symptoms of Depression in a National Sample
Am J Epidemiol

Erikson E H Identity youth and crisis New York Norton 1968

Farre L y otros (1992) Psicoterapia psicoanalitica focal y breve Barcelona, Paidos

Forward S (1988) Cuando el amor es odio Mexico Grijalbo 1988

Freud S (1917) Duelo y Melancolia. En Obras Completas (13 Vols) Madrid biblioteca Nueva, (1968)

Gabbard O Glen (2002) Psiquiatria psicodinamica en la práctica clinica Buenos Aires Argentina Editorial médica Panamericana

Gallagher D Thompson L W (1982) Differential effectiveness of psychotherapies for the treatment of major depressive disorder in older adults patients Psychotherapy Theory Research and Practice

Heninger G Charney D Delgado P (1990) Neurobiology of treatments for refractory depression Review of psychiatry Vol 9 Washington DC American Psychiatric

Hoglend P y otros (1994) The role of insight in exploratory dynamic psychotherapy British of Medical Psychology

Jacobson E (1971) Depression New York International University Press

Kales H C y Valesntein M (2002) Complexity in late life depression Impact of confounding factors on diagnosis treatment and outcomes Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology

Kastenbaum R (1980) La Vejez

Kramarow E (1999) Health and aging chartbook

Kendler K Gardner C Prescott C (2006) Toward a comprehensive developmental model for major depression in men

Kessler R C Chui W T Demler O Merkangas K R Walters E E (2005) Prevalence Severity and Comorbidity of 12 month DSM 'IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Arch Gen Psychiatry

Klerman G L Weissman M M Rounsiville B Chevron E S (1996 [1984]) Interpersonal psychotherapy for depression En JE Groves (ed) Essential papers on short term dynamic therapy New York New York University Press

Kiecolt Glaser y Glaser (2001) Psychosocial stress and human herpesvirus infections In
Viruses immunity and mental disorders New York Plenum Medical Book Co

Kinsella y otros (2001) An Aging World II U S Census Bureau International
Population Reports Washington, DC Government Printing Office

Labouvie vief G (1990) Models of Cognitive Functioning in the Older Adult USA
Hemisphere 1990

Lebowitz BD Pearson JL Schneider LS Reynolds CF Alexopoulos GS Bruce MI
Conwell Y Katz IR, Meyers BS Morrison MF Mossey J Niederehe G Parmelee P
Diagnosis and treatment of depression in late life consensus statement update Journal of
the American Medical Association 1997 278 1186 90

Malan D (1976) The frontiers of brief psychotherapy New York Plenum Press

Mayer N (1979) The male mid life crisis New Yourk New American Library

Maslow A (1954) Primera edición Motivation and Personality

Minkowski E (1951) Aspects psychologiques de la vieillesse Volume Psychiatrique

Nimh (1999) National Institute of Mental Health

O'Neill G (1999) Hearing Loss A growing problem that affects quality of life
National academy on an Aging Society

Othmer Othmer (1996) DSM IV La Entrevista Clínica Avda Principe de Asturias 20 –
Barcelona (España)

Owsley C & Sloane M E (1990) Vision and aging In F Boller & J Grafman (Eds)
Handbook of Neuropsychology Vol 4 (pp 229 249) Amsterdam Elsevier Science
Publishers B V

Owsley C Sekuler R & Siemsen D (1983) Contrast sensitivity throughout
adulthood Vision Research, 23 689 699

Papalia, Diane E (1990) Desarrollo Humano McGraw Hill Interamericana de México
S A de C V

Piper W (1993) The immediate impact of transference interpretation in short term
individual psychotherapy

Prendes R. (1978) Las características psicologicas del anciano y la adaptacion a la vejez
Rev Española Geriátrica, Gerentol

Racker Heinrich (1986) Estudio VI Los significados y usos de la contratransferencia, Estudios sobre Técnica psicoanalítica, Paidós (1986) España

Reich A (1951) Manual de terapia psicoanalítica en niños y adolescentes

Sable J A Dunn L B y Zisook, S (2002) Late life depression How to identify its symptoms and provide effective treatment Geriatrics

Sampieri Hernández, R et al (1998) Metodología de la Investigación México Mc Graw Hill Interamericana.

Schae W (1977) Psicología de la edad adulta y la vejez Pearson Educación

Sternberg R J y Grigorenko E L (2001) Analytical creative and practical intelligence as predictors of self-reported adaptive functioning

Sifneos P E (1972) Short term dynamic psychotherapy Evaluation and technique (2nd ed) New York Plenum Press

Stadter M (1996) Object Relations Brief Therapy Alpha Graphics of Pitttsfield New Hampshire

Strupp H Binder J L (1984) Psychotherapy in a new key a guide to time limited dynamic psychotherapy Nueva York Basic Books

Thompson L W Gallagher Thompson D Breckenridge J S (1987) Comparative effectiveness of psychotherapies for depressed elders J Consulting Clinical Psychological

Van Heuvelen Kempen Ormel y Rispens (1988) Physical fitness related to age and physical activity in older persons

Vicente B Riosco P Sladivía, S Kohn R Torres S (2002) Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM III R/CIDI) Revisión Médica de Chile

Villa, M y Rivadeneira, L (1999) El proceso de envejecimiento de la población en América Latina y el Caribe una expresión de la transición demográfica, Encuentro latinoamericano y caribeño sobre las personas de edad, CEPAL Santiago

Waters E (1990) The life Review strategies for Working with Individuals and Groups JO of Mental Health Counseling Vo 12 # 3

Weiss J (1993) How psychotherapy Works Process and technique Nueva York Guildford Press

Weissman M Bland R Canino G Faravelli C Grennwald S Hwo H et al (1996) Cross National Epidemiology of Major Depression and Bipolar Disorder

West, M J y otros (1996) How to count Neurobiology Aging

Winnicott, D W (1963) Communicating and not communicating leading to a study of certain opposites in the Maturational Processes and the Facilitating Environment Studies in the theory of Emotional Development New York International Universities press page 179 192

Winnicott, D (1971) Playing and reality London Tavistock Publications

JOURNALS

Joyce A S Piper W E (1993) The immediate impact of transference interpretation in short term individual psychotherapy American journal of Psychotherapy

Hoglund P y otros (1994) The role of insight in exploratory dynamic psychotherapy British Journal of Medical Psychology

Jacobson, E (1971) Depression New York International University Press

Sanchez, A (1992) La transferencia en psicoterapia breve Revista de psicoterapia y psicosomatica

FUENTES ELECTRONICAS

Agency for Healthcare Research and Quality Reauthorization Fact Sheet AHRQ Publication No 00 P002 December 1999 Agency for Healthcare Research and Quality Rockville MD <http://www.ahrq.gov/about/ahrqfact.htm>

Lopez T José A (2001) La depresión en el paciente anciano Centro municipal tercera edad Area de bienestar social ayuntamiento de Málaga, España <http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/SALUD013.pdf>

Informe sobre la situación de las personas adultas mayores en Panamá (2000) http://celade.eclac.cl/redatam/PAISES/PAN/sid/Que_es_el_SID/INFORMEPAMRESUMEN.pdf

Web de Melanie Klein <http://psicomundo.org/klein/>

Web www.fisterra.com Aberdi Taboada, Castro Vásquez 2006

ANEXOS

NOTA DE CONSENTIMIENTO

Por este medio certifico que participe en una psicoterapia breve individual de doce sesiones con la psicóloga Sandra Charry de Montenegro con CIP 1947 Las mismas se llevaron a cabo en su consultorio en Royal Center ciudad de Panama

La informacion y los datos obtenidos pueden ser utilizados en su tesis de investigacion para la sustentación debida del titulo de maestria en Clinica, ya que los mismos seran confidenciales manteniendo mi anonimato

Firma _____

Sexo _____

Edad _____

Fecha _____

Presentación de las Historias Clínicas de los pacientes

Caso # 1

Situación actual

Mi médico geriatra me recomendó que viniera con usted, porque piensa que mis síntomas físicos tienen que ver con mi estado anímico y me sugirió que el tratamiento psicológico me ayudaría a mejorar

Datos generales

Nombre	C
Edad	67 años
Sexo	Femenino
Escolaridad	Secundaria
Estado civil	Divorciada
Numero de hijos	Dos
Nacionalidad	Panameña
Status laboral	Jubilada
Religión	Católica
Nivel socioeconómico	Clase baja
Raza	Negra
Personas con quién vive	Hija menor de 32 años Señor S (alquila cuarto)

Historia de la enfermedad actual

Los primeros síntomas de la depresión se presentaron cuando a la esposa de su hijo mayor le diagnosticaron cáncer de mama. En un principio negaba el diagnóstico, con el pasar del tiempo lo aceptó y se resignó al mismo. Su tristeza, desánimo, insomnio y pérdida de apetito lo tenía que disimular y llevar por dentro, porque no quería mostrarle a su familia que estaba mal. Además, C tenía que ser el apoyo incondicional para su nuera, nietas e hijos. Poco a poco tuvo que ir involucrándose con su nuera a las visitas médicas hospitalarias y finalmente al tratamiento de la quimioterapia.

El oncólogo citó a los familiares para ayudarlo en este proceso y darles orientación educativa de la enfermedad, lo que consideró C muy beneficioso porque se le aclararon muchas dudas y les enseñaron a cómo lidiar con la enfermedad. Esto calmó algo su ansiedad y preocupación, pero los síntomas persistían.

Historia de enfermedades psicológicas previas

C recuerda que durante su vida ha podido sentirse triste en otras ocasiones por las pérdidas de sus padres, otros familiares y su divorcio. Hizo mención que tuvo pérdida de apetito, no podía conciliar el sueño fácilmente, no tenía energías para realizar sus tareas y también, se sentía deprimida. Manifestó que fueron momentos difíciles en los que estuvo de duelo, pero después de un tiempo (menos de un año) se sintió mejor y adaptada.

Con el diagnóstico de su nuera se siente muy afectada y tiene los mismos síntomas antes mencionados y el de no poder concentrarse con facilidad, como si no pudiera pensar. Considera que esto ha podido ser lo más difícil de su vida, porque piensa en que sería de sus nietas si le pasa algo a su nuera y esto es algo que la intranquiliza mucho.

C no reporta enfermedades previas por las que ha tenido que estar hospitalizada o recibir tratamientos.

Anamnesis personal y familiar

C es la hermana mayor de tres hermanas de las cuales solo vive su hermana del medio porque su hermana menor falleció hace 14 años de cáncer de mamas. Ambos padres son fallecidos su padre hace 15 años y su madre hace 7 años.

C no tiene información de como fue el embarazo de su madre, parto y desarrollo en sus primeros años de vida. Cree que pudo haber sido parto natural y que la amamantó por algunos meses.

Recuerda que su infancia fue muy buena, era feliz porque eran libres de jugar todo el tiempo y sentía que casi no tenía responsabilidad. Durante su adolescencia se sentía algo frustrada, porque ya tenía otros intereses y necesidades pero no podían ser cumplidos porque no había facilidades y dinero para correrle los gustos. Esto le molestaba, pero no hacía reclamos. Lo que no le parecía era que sus padres la hacían responsable de las malas decisiones o incidentes que sus hermanas menores cometían. Esto la llenaba de mucha rabia e impotencia, pero no decía nada.

Eran muy pobres pero nunca dejaron de comer. Asistió a escuelas públicas y tenía que utilizar el servicio de transporte público lo recuerda con mucho sin sabor porque le hubiese gustado tener un mejor nivel socioeconómico. Sus padres tenían un matrimonio feliz no recuerda haberlos visto o escuchado discutir. Sus problemas eran económicos porque solo contaban con los ingresos eventuales de su padre su madre era ama de casa. Describe a su padre como un hombre pasivo poco comunicativo despreocupado y superficial. A su madre la recuerda, como una mujer cariñosa, dedicada, abnegada, sometida a su padre pero era quien daba las reglas e instrucciones en casa.

C no pudo continuar estudios universitarios inmediatamente salió de la escuela secundaria tuvo que conseguir trabajos para apoyarles económicamente. Su deseo era estudiar pero no pudo hacerlo porque aparte de los trabajos permanentes que conseguía, tenía que buscar otros trabajos de limpiar casas en sus días libres para generar más dinero porque a su padre le diagnosticaron diabetes. Con el pasar del tiempo se sintió tan agotada y como joven que era sentía que no tenía espacio para divertirse y dedicarse a ella. Cuenta que tuvo como un despertar y esto hizo que iniciara a tener salidas a bailes y

discotecas lo que la llevo a conocer a un joven que luego fue su esposo. Piensa que su eleccion y decisi3n de casarse fue muy prematura y lo atribuye a que como estaba tan agobiada y cargando a su familia, quiso salir huyendo para realizar su vida.

Su esposo era una persona que no tena aspiraciones y no duraba en sus trabajos. Ella luchaba para mantener el hogar funcionando y lo exhortaba a que realizara su mayor esfuerzo. A los dos aros de casada quedo embarazada y tuvo su primer hijo varon. Esto lleno de mucha alegrfa su hogar e hizo que pudieran sentarse a planificar para trazarse metas y objetivos lo cual no duro por mucho tiempo. Su esposo a los meses se dio a la bebida y mujeres lo que deterioro mucho la relaci3n matrimonial. El era una persona mal hablada, vulgar, mediocre y no comprometida, lo cual le preocupaba porque pensaba que seria mal ejemplo para su hijo. Sus deseos eran separarse pero no deseaba que su hijo creciera sin su padre sabiendo que no seria el mejor modelo. Continuaron con sus vidas pero ella haciendo sus planes a nivel individual. Sin planificarlo quedo embarazada a los cuatro aros lo cual fue muy diflcil para ella porque fue un embarazo no deseado. Tuvo a su hija y a los 2 aros se divorcio. Tuvo que salir adelante con mucha dificultad pero comenta que por lo menos tenian paz y no tenia que estar lidiando a su esposo tomado y enterandose de las infidelidades que tenfa. En la parte econ3mica se le complico mucho porque sus gastos cada da eran mayores y el padre no se hacfa responsable. Tuvo que recurrir a ponerle una pensi3n alimenticia que por ley tuvo que cumplir no era mucho pero ella sabia que podfa contar con esa suma mensualmente.

Comenta que la separaci3n fue saludable para ella, pero nunca dejo de dolerle porque no pens3 divorciarse. Vio en sus padres un matrimonio feliz con sus limitaciones pero siempre se cuidaron, atendieron y amaron. Su divorcio lo vio como un fracaso y una desilusi3n. Adem3s sufrio mucho por las diferentes infidelidades del esposo eso deterioro mucho su autoestima y se sintio abandonada, devaluada, menospreciada, desdichada y muy triste.

Toda esta situaci3n la hizo aferrarse m3s a su trabajo e hijos y los sac3 adelante. Ambos lograron tener carreras universitarias y se encuentran realizados a nivel profesional.

C logro jubilarse laboró en una empresa por 33 años Su trabajo era de supervisión en un restaurante de comida rápida reconocida a nivel nacional Un cliente frecuentaba el lugar y comenzo a cotejarla con atenciones salidas y especialidades Durante muchos años ayudo económicamente en los gastos de sus hijos Su relación se limitaba a la cordialidad y no tenían ni compromisos ni relaciones sexuales C lo describe como una relación de compañía Una hermana de este señor le propuso a C que se uniera a él estableciendo ciertas condiciones El señor le compraba una casa y C tenía que cumplir con todos los quehaceres y comida La propuesta para ella fue atractiva, porque uno de sus deseos frustrados habia sido comprar una casa o apartamento (propiedad) pero como tenia tantas limitaciones no lo pudo realizar Al consultar con sus hijos aceptó la propuesta Esto la lleno de mucha ilusion porque penso que seria una oportunidad de empezar una relación aunque no fuera la propuesta Se llevó a cabo el trato compra de casa, mudanza y ella se encargo de atender al señor Al poco tiempo se dio cuenta que se iba a limitar a lo acordado y esto le causó mucha tristeza Se siente que es la empleada de este señor porque el no es capaz de ni siquiera recoger la cascara del guineo que se come

Toda esta situacion más el diagnóstico de su nuera la tiene muy abrumada, lo cual tiene que llevar por dentro porque ella no se da el permiso de exteriorizar lo que siente porque siente que no va hacer saludable para los demas

Examen del estado mental

- La paciente se mostró colaboradora, solo mostraba cierta resistencia ante temas que le causaban mucha tristeza porque su deseo consciente era reprimir la parte afectiva
- Aspecto general se veia aseada, pero no arreglada Estaba despeinada y las uñas de sus manos y pies se veian muy descuidadas
- Actividad motora se mostraba inquieta porque realizaba movimientos constantes con sus pies manos y cabezas
- Expresión del rostro mostró una evidente preocupación, tristeza y ansiedad al momento de relatar su historia familiar y su situación actual
- Mímica se notaba muy tensa

- Variación cuantitativa del discurso cuando hizo referencia de su historia fue continuo pero al momento de relatar la situación actual fue interrumpido
- Valoración de las expresiones afectivas durante el interrogatorio reprimidas en un inicio pero luego pudo expresarlas con libertad
- Manifestación de ansiedad durante el interrogatorio moderada.
- Orientación buena ubicación en el tiempo y espacio
- Organización estructural de la comunicación coherente lógica y formal
- Percepción de la realidad normal no se presentan malformaciones en el contacto con la realidad
- Obsesiones y fobias ninguna
- Sentimientos de despersonalización no estuvieron presentes
- Problemáticas personales significativas se evidencia problemas relativos a su grupo primario y afectivo
- Orientación del estado de ánimo tristeza
- Memoria normal
- Atención y concentración normal
- Conciencia de la enfermedad ausente

Diagnostico multiaxial

Eje I F32.1 Trastorno depresivo mayor episodio único moderado [296.21]

Eje II Ninguno

Eje III Hipertensa.

Eje IV Problemas de relación con su hermana menor
Problemas de salud en su familia (nuera con cáncer)

Eje V EEAG= 43 (Actual) EEASL=53

Caso # 2

Situación actual

Muchas personas conocidas me han aconsejado que busque ayuda psicologica Mi doctor también me lo recomendó así que pienso que ya es el tiempo para darme mi espacio tiempo y poder hablar con alguien todo lo que siento lo que me preocupa y a la vez quiero sentir mejoría y ser feliz

Datos generales

Nombre	A
Edad	66 años
Sexo	Femenino
Escolaridad	Doctorado
Estado civil	Divorciada
Numero de hijos	Dos
Nacionalidad	Panamena
Status laboral	Jubilada
Religion	Catolica
Nivel socioeconómico	Clase media
Raza	Mestiza
Personas con quien vive	Hijo menor de 27 anos

Caso # 2

Situacion actual

Muchas personas conocidas me han aconsejado que busque ayuda psicologica Mi doctor tambien me lo recomendo asi que pienso que ya es el tiempo para darme mi espacio tiempo y poder hablar con alguien todo lo que siento lo que me preocupa y a la vez quiero sentir mejoria y ser feliz

Datos generales

Nombre	A
Edad	66 anos
Sexo	Femenino
Escolaridad	Doctorado
Estado civil	Divorciada
Numero de hijos	Dos
Nacionalidad	Panameña
Status laboral	Jubilada
Religión	Católica
Nivel socioeconómico	Clase media alta
Raza	Mestiza
Personas con quién vive	Hijo menor de 27 años

Historia de la enfermedad actual

A manifiesta que ésta etapa de su vida ha sido una de las mas difícil porque ha estado experimentado una soledad muy profunda. A pesar que se mantiene con mucho trabajo porque aunque este jubilada presta servicios profesionales igualmente se siente sola y esto hace que le invada una tristeza enorme.

El mes pasado (un mes antes de iniciar el tratamiento) fue donde un psiquiatra para que le recetara medicinas para dormir y el cansancio.

Hace dos semanas se cayó y tuvo dos fisuras en una costilla y una fisura en su brazo derecho. Estuvo convaleciente en casa y esto ha aumentado los síntomas de tristeza y se ha reflejado en su estado de ánimo, pérdida de peso, insomnio y pérdida de energía.

Su preocupación es que no puede dejar de trabajar porque necesita cobrar por los servicios que presta ya que tiene muchas deudas las cuales debe afrontar.

Historia de enfermedades psicológicas previas

A nunca había recibido tratamiento psicológico solo había asistido por 5 meses donde un psiquiatra cuando se divorcio (a sus 32 años) porque estaba muy deprimida. Solo recibió una sesión mensual y recetas médicas para medicamentos.

Anamnesis personal y familiar

La paciente A nació por parto natural y ella fue el cuarto embarazo de su madre a los 42 años. El tercer embarazo de su madre lo perdió en su octavo mes de gestación, esto marco a su madre y la llevó a tomar la decisión de no tener más hijos. El cuarto embarazo fue una sorpresa, la cual aceptó con alegría, pero su madre si le comento que sentia mucho temor de perderla por lo sucedido en su embarazo anterior. Sus hermanos mayores le llevaban 6 años y 3 años respectivamente.

Todos vivían en el interior del país. Su padre era mecánico y manejaba camiones para los canaverales. Lo recuerda como un hombre poco educado, mal hablado, agresivo verbalmente y dictador (se tenía que hacer lo que él decía). Su madre era educadora, era templada pero muy amorosa.

Su infancia fue muy dura y llena de muchas responsabilidades. Desde los 7 años recuerda quedarse solo en casa con sus hermanos y ella era la encargada de cocinar en leña, hacer todos los quehaceres domésticos, criar cerdos, limpiar el chiquero. Describió a sus hermanos como tiranos porque le hacían hacer más funciones de las que le correspondía a ella.

Los hermanos de sus padres siempre le daban a sus hermanos y a ella dinero. A todo el tiempo lo guardaba en alcancías y sus hermanos terminaban robándoselas. Sus hermanos nunca fueron responsables, solo llegaron a realizar estudios hasta primer ciclo.

A veía todo este cuadro y siempre tuvo aspiraciones. Logró graduarse de secundaria a los 16 años e inmediatamente consiguió trabajo. Manifestó sus deseos a sus padres de venir a la capital a seguir estudiando. Su madre lo aprobaba pero su padre no. Consiguió un trabajo en Panamá por una recomendación de una persona que conocía su trabajo en la empresa que laboraba en el interior. Toma la decisión de ir a la ciudad y su padre se molesta, porque su temor era que saliera con una barriga como le pasaba al resto de las muchachas del pueblo que ya se habían ido a la capital. Su molestia y desagrado fue tan grande que su padre le dejó de hablar por dos años consecutivos.

Durante este tiempo su padre se fue de la casa con otra mujer más joven que su madre. Igualmente su padre pasa todos los días a comer algo a casa, pero dormía con la otra mujer. Esto era algo público y que su madre permitía.

Realizó sus estudios universitarios mientras trabajaba. Vivía con una compañera y se compartían los gastos. En una salida conoció a quien fue su esposo. Su noviazgo no fue por mucho tiempo (año y medio). Se casaron porque ella se sentía presionada porque no deseaba tener relaciones sexuales antes de casarse y menos concebir sin estar casada. Ambos se compenetraron bien, estaban enfocados en seguir sus estudios. Aplicaron para un préstamo en el IFARHU, se lo aprobaron y se fueron a estudiar un doctorado a Europa.

Fue un periodo de mucho sacrificio porque tuvieron a su primera hija mientras estudiaban pero valió la pena porque lograron sus objetivos --

Volvieron a Panama a buscar trabajo y empezar su vida como profesionales casados y con su primera hija A vivió para complacer a su esposo el no tenia que ni siquiera salir de compras ella lo hacia todo hasta le hacia las combinaciones de su ropa Al tiempo salió embarazada de su segundo hijo el cual lleno de mucha alegría su hogar porque estaban en busqueda pero no salia embarazada.

A considera que tenia una buena relacion matrimonial Ella piensa que fue demasiado buena, complaciente y hasta ingenua porque su esposo sin ella darse cuenta, mantenía una relación extramarital con un conocida de ambos Esta persona podía llamar tarde en la noche para preguntar por su esposo y ella le pasaba el teléfono sin sospechar nada Con el tiempo se dio cuenta que su esposo no la trataba igual todo lo que podía decir ella le molestaba buscaba la distancia y salir de casa A los meses el esposo le manifiesta su decisión de irse de su casa, esto fue devastador para ella porque tenían 16 años de casados y habían realizado y alcanzado muchos objetivos juntos Su rabia fue tan grande que se lleno de orgullo y no le exigió nada, ella asumió todos los gastos de la casa El padre de los hijos durante la crianza de los niños no dio un céntimo A los años la situación económica se les apretó y ella perdió su casa, tuvieron que mudarse arrendando realizó muchos sacrificios se desgastaba trabajando en su horario regular y trabajos extras

Igualmente ella apoyaba financieramente a sus padres e inclusive a sus hermanos quienes pasaban mucho trabajo Ella asumió muchos compromisos era como el apoyo para su familiar nuclear e hijos Ella se describe como una persona muy humanitaria y no podría hacerse de la vista gorda si alguien esta pasando trabajo

Su mundo giro en torno a sus hijos y familia nuclear Los fines de semana iban al interior a visitar a sus padres y aunque ella estuviera triste reflejaba que todo estuviera bien para que su madre no se preocupara

Ella intento mantener las amistades que tenia de casada, pero al tiempo se sintió incomoda porque estaban todos en parejas menos ella y los amigos podían tener atenciones especiales con ella y se daba cuenta que no le agradaba a sus amigas por lo

que decidió alejarse. Algunos hombres se mostraron interesados en tener una relación con ella, pero en realidad iban hacer una carga más que una ayuda, además eran hombres que no iban hacer fiel con ella, por esto no les dio la oportunidad.

Los años siguieron transcurriendo. Su hija quiso estudiar medicina en Panamá, la apoyó y logró sus objetivos. Su hijo se encontraba cursando segundo año universitario en Panamá, tuvo una decepción amorosa y él le dijo a su madre que se quería ir a estudiar afuera. Su madre pidió un préstamo y mandó a su hijo.

En la actualidad se encuentra llena de deudas y compromisos adquiridos de préstamos personales, educativos, hipotecarios, becas, entre otros.

A se siente decepcionada porque actualmente vive con su hijo de 28 años, quien trabaja y solo paga ciertos gastos personales. Al día de hoy ella continúa pagando el seguro de su carro, póliza de salud y gastos de casa. Su hijo mantiene una relación con una muchacha que lo ha aislado completamente de ella y a quien le hace regalos muy costosos. Ella dice que no se siente celosa, lo que le parece injusto es que ella está asumiendo todos los gastos y él se beneficia de ellos y su hijo no es consciente que a la edad de su madre no es para estar trabajando una jornada de laboral de 8 horas y luego realizar otros trabajos por 5 o 6 horas más. Se siente muy cansada física y emocionalmente, piensa que su vida va en deterioro pero no puede dejar de trabajar por los compromisos que tiene.

Por otro lado, no tiene queja de su hija, siempre está pendiente de ella a pesar que vive afuera. Le compra un auto nuevo y le hace giros de dinero.

Algo que ha marcado su vida es que en los últimos años ha perdido a sus padres y hermanos. Su papa en el 2000, su madre en el 2003, su hermano mayor en el 2008 de un ataque al corazón y en el 2009 a su hermano menor en un accidente automovilístico.

Después de su divorcio, las únicas veces que su ex esposo se ha comunicado con ellas ha sido con las muertes de sus familiares.

Su deseo es poder dedicarse a ella en esta etapa de su vida, pero no sabe cómo hacerlo y enfrentarlo. Su vida ha transcurrido tan rápido y piensa que ha vivido para los demás y

ahora le toca a ella. Siente que tiene mucha insatisfacción porque se siente sola, mayor y desgastada.

Examen del estado mental

- Desde el inicio la paciente se sintió motivada y cómoda con el tratamiento. Se estableció una buena alianza terapéutica y se cumplió con todas las sesiones y marco terapéutico. Siempre se mostró abierta, transparente, genuina y colaboradora.
- Aspecto general: aspecto físico normal. Siempre bien peinada y vestida. Muy sencilla en su presentación.
- Actividad motora: ninguna. Se muestra muy pausada.
- Expresión del rostro: refleja una ligera tristeza al momento de relatar su historia.
- Mimica: hipermimia leve o moderada.
- Variación cuantitativa del discurso: normal.
- Valoración de las expresiones afectivas durante el interrogatorio: reducidas.
- Manifestación de ansiedad durante el interrogatorio: reducida.
- Orientación: muy buena ubicación en el tiempo y espacio.
- Organización estructural de la comunicación: coherente, lógica y formal.
- Percepción de la realidad: existe contacto con la realidad.
- Obsesiones y fobias: ninguna.
- Sentimientos de despersonalización: ausentes.
- Problemáticas personales significativas: problemas de salud física.
- Orientación del estado de ánimo: tristeza.
- Memoria: buena.
- Atención y concentración: buena.
- Conciencia de la enfermedad: leve.

Diagnóstico multiaxial

Eje I F32.1 Trastorno depresivo mayor, episodio único, moderado [296.21]

Eje II Ninguno

Eje III Osteoporosis y artritis

Eje IV Divorcio

Muerte de todos los miembros de su núcleo familiar primario

Problemas financieros economía insuficiente

Eje V EEAG= 44 (Actual) EEASL= 51

Historia clínica Caso # 3

Situación actual

Se siente muy triste y frustrada, porque sus hijos no han podido salir adelante y actualmente son una carga y preocupación para ella. Todo el tiempo hay problemas se siente agobiada y sola. Esto esta afectando su salud física y emocional su doctor la refirio para el tratamiento Quiere saber que puede hacer para sentirse mejor y que los problemas no le afecten tanto

Datos generales

Nombre	F
Edad	64 anos
Sexo	Femenino
Escolaridad	Licenciatura
Estado civil	Viuda
Numero de hijos	Cuatro
Nacionalidad	Panameña
Status laboral	Jubilada
Religión	Católica
Nivel socioeconómico	Clase baja
Raza	Indígena
Personas con quién vive	Hija mayor de 39 anos dos nietos y dos bisnietos Hijo de 38 años Hijo de 36 anos Hija de 35 años esposo y dos nietos

Historia de la enfermedad actual

Hace un mes aproximadamente F tuvo una discusion con su hija mayor quien vive en casa y no aporta nada porque no trabaja. F le asigno tareas en casa las cuales no cumple además su hija cuando sale no tiene ni hora ni día de regreso. Después de la discusión F se sintió muy deprimida, no tenía ánimo ni energías para nada, ni apetito y perdió peso. Su hija volvió a casa pero los síntomas aun continúan. Visitó a su médico geriatra, quien le recomendó que tomara el tratamiento. Su deseo es saber qué hizo mal como madre, no desea sentirse triste y quiere saber como hacer para que los problemas no le afecten tanto.

Historia de enfermedades psicológicas previas

La paciente no tiene antecedentes psiquiátricos o psicológicos. No tiene conocimiento de familiares que hayan padecido de alguna enfermedad mental o crisis nerviosas.

Recuerda que su estado anímico ha sido influenciado por situaciones difíciles como crisis financieras, problemas laborales, pérdida de su esposo, entre otras, pero estas circunstancias nunca la inhabilitaron para seguir funcionando.

Anamnesis personal y familiar

F nació en la comarca de San Blas, es la tercera hija de siete hermanos. Sus padres eran personas humildes de la comunidad, su papá se dedicaba a la pesca y su madre era ama de casa. Su madre tuvo un buen embarazo y fue parto natural. Su madre le amamantó por 1 año y su desarrollo fue normal.

Como tenían muchas limitaciones y a sus padres les costaba mucho alimentarlos, un diputado en ese entonces le llamaban legislador, les ofreció traerla a Panamá para ubicarla en una casa de familia para que la pudieran apoyar con la educación. Sus padres accedieron y a los 5 años sale de San Blas y va a una casa donde la ponen a dormir en una tabla de planchar en un balcón y el hijo de la señora trata de abusar de ella pero no pudo.

La ponían a limpiar fregar lavar y la maltrataban No recibia nada de dinero y no la metieron a la escuela, más bien a sus 5 años era la empleada de la casa Estuvo allí un año luego el legislador la buscó y la llevo a otra casa. Su nuevo hogar estaba conformado por una pareja, el señor era conductor de bus y la señora era maestra. Ellos la trataron muy bien vieron lo descuidada que estaba y dentro de sus posibilidades la alimentaron, compraron ropa, la pusieron en la escuela y la estimaban A los dos años vino el legislador y la saco de allí diciendo que sus padres la querian de vuelta Lo que hizo fue llevarla a otra casa de familia, donde la maltrataron le pegaban, la culpaban de todo y no iba a la escuela. Al tiempo logro escaparse y volvio al segundo hogar Se dio cuenta que el legislador lo que hacia era cobrar dinero por ella estar en las casas con la excusa que se lo enviaba a sus padres en San Blas Nuevamente la incorporaron en la escuela, se graduo de sexto grado obteniendo el primer puesto Estos cambios de hogares y maltratos la afectaron mucho pero ella tenía deseos de surgir le gustaba estudiar y era muy inteligente En su infancia no conocio lo que era celebrar un cumpleaños y sentirse amada, cuidada y protegida por alguien Más bien se sentia abandonada rechazada y abusada por los demás

Vuelve a San Blas a ver a sus padres y ve que no tienen interés de seguir apoyandola para continuar con sus estudios Así que decide volver a Panamá para pedirle a la familia buena que la apoyen con su meta. Continúa trabajando y estudiando hasta primer ciclo y logra graduarse de primer ciclo con honores fue el primer puesto de su promoción No podía continuar en esa casa, así que tuvo que volver a San Blas A pesar de sus logros obtenidos sus padres no querian apoyarla, porque a su hermana mayor le brindaron la oportunidad de seguir estudiando y fracaso así que sus padres no estaban dispuestos a perder dinero Ella trato de convencerlos y no fue posible Tuvo que quedarse en San Blas trabajando y al tiempo se casó con un hombre de su etnia El era maestro y F tenía deseos de superacion decide estudiar en una escuela nocturna para sacar su titulo de secundaria Su anhelo era estudiar medicina Empezó a trabajar en un hospital de la ciudad y como su motivación en el trabajo era tan grande un doctor le aconsejo que estudiara. Con mucho esfuerzo se metió a la universidad y estudio para ser auxiliar

F tuvo cuatro hijos a sus 38 años teniendo 19 años de casada su esposo muere por una insuficiencia renal Describe que su mundo se queria venir abajo porque el hogar que

nunca habia tenido de nina lo tuvo de casada al lado de un hombre bueno que la quería, apoyaba en todo y ahora tenía que enfrentar la vida sola y continuar la crianza de sus hijos

Su hija mayor siendo un adolescente quedó embarazada, lo cual fue un golpe y decepción muy grande porque ella le estaba brindado a sus hijos el apoyo y oportunidad de estudiar y así realizarse profesionalmente en su vida. Se repuso a esta tristeza y continuo el apoyo incondicional. Decide criar a esta nieta como su hija, a quien reconocio

F tenía que pasar mucho tiempo fuera de casa, porque tenía que doblar turnos para generar mas ingresos para cubrir los gastos de su casa e hijos. Esta ausencia de ella en el hogar fue afectando a los hijos en su comportamiento y rendimiento escolar. En sus dias libres ella se los dedicaba a sus hijos dandoles consejos pero sentia que todo el esfuerzo era en vano. A los 2 años su hija mayor queda nuevamente en embarazo lo cual fue otro golpe bajo

Para F era como si todo el esfuerzo que hacia no tuviera resultados positivos. F se podia sentir en momentos desanimada, pero continuaba sus labores. Por otro lado también sus hermanos en San Blas trataban de indisponerla con sus padres con el fin que ellos pudieran obtener el pedazo de tierra que a ella le correspondia. F no trataba de defenderse ella prefería que sus padres se dieran cuenta por si solos de quién era ella en realidad. Al tiempo su madre le pide perdón por no haber estado allí para ella

En la actualidad sus cuatro hijos cuatro nietos y dos bisnietos viven con ella. Se cuestiona que ha hecho ella para merecer todo lo que le ha sucedido. Desde pequeña sufrió tanto tuvo la oportunidad de conocer un buen hombre y la vida se lo quito. Queda sola para realizar la labor de la crianza y los resultados obtenidos la tienen tan decepcionada, cansada, deprimida y desmotivada. Tiene problemas con algunos vecinos quienes los rechazan por ser indios. Además su compadre supuestamente de confianza, la hace pedir un préstamo para que compre un auto y convertirlo en taxi. Su compadre se desaparecio y ella tiene ahora que cumplir con la deuda. Uno de sus nietos (segundo hijo de su hija mayor) esta en otro país estudiando medicina con una beca que le cubre el 80%

Historia de la enfermedad actual

- La paciente manifestó que lo más difícil para ella ha sido tener que afrontar que se siente joven por dentro pero ya su cuerpo no la acompaña porque no tiene la misma energía y vitalidad de antes. Además tiene varios diagnósticos y todos los días le duele algo. Unos días se siente con ánimo de afrontarlos y otros días se siente cansada de estar lidiando con los dolores.

Toda esta situación la tiene muy triste y ya no siente atracción para realizar sus tareas o actividades de su grupo de la tercera edad. Le cuesta conciliar el sueño por esta razón el doctor le recetó unas medicinas que la han ayudado.

Historia de enfermedades psicológicas previas

La paciente durante su vida no recuerda sentir la necesidad ella o sus padres de enviarla a un psicólogo o psiquiatra. Eran de la enseñanza y creencia que no se tenía que hablar de situaciones dolorosas o tristes. Lo mejor era olvidarlo y entretenerse en algo diferente.

No conoce a su familia biológica por lo tanto desconoce de antecedentes biológicos hereditarios y familiares.

Anamnesis personal y familiar

Durante su infancia, sus padres compartían poco con V. Ellos eran buenos con ella, pero podía percibir un trato diferente hacia ella. Veía como las madres de sus amiguitas de primaria cuidaban, mimaban y querían a sus hijas. V no sentía que su madre la trataba de esa forma. Ella siempre tuvo una inquietud sobre esto pero nunca cuestionó nada.

V no puede recordar nada de su infancia, solo tiene memorias a partir de sus cinco años de edad. Su madre tuvo un accidente automovilístico y quedó parálitica de una pierna. Esa recuperación fue muy larga y por esta razón la llevaron a vivir donde una amiga de su madre. Ella se orinaba en la cama y por esta razón le daban unas palizas muy fuertes. Además la hacían limpiar los baños y restregar los pisos con cepillo, agua y jabón.

Inventario de Depresión de Beck
(Beck Depression Inventory BDI)

Irritabilidad

- ☐ N estoy más irritable que normalmente
- ☐ Me irrita con más facilidad que antes
- ☐ Mucho más irritable todo el tiempo
- ☐ Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba

Aislamiento social

- ☐ He perdido todo mi interés por los demás y no me importan en absoluto
- ☐ Mi interés por la gente menos que antes
- ☐ No he perdido mi interés por los demás
- ☐ He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos

Indecisión

- ☐ Ahora estoy inseguro de mí mismo y procuro evitar tomar decisiones
- ☐ Tomo mis decisiones como siempre
- ☐ Ya no puedo tomar decisiones en absoluto
- ☐ Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda

Imagen corporal

- ☐ Estoy preocupado porque me veo más viejo y desmejorado
- ☐ Me siento feo y repulsivo
- ☐ No me siento con peor aspecto que antes
- ☐ Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen parecer desagradable (o menos atractivo)

Capacidad laboral

- ☐ Puedo trabajar tan bien como antes
- ☐ Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa
- ☐ No puedo trabajar en nada
- ☐ Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo
- ☐ No trabajo tan bien como lo hacía antes

Trastornos del sueño

- ☐ Duermo tan bien como antes
- ☐ Me despierto más cansado por la mañana
- ☐ Me despierto unas 2 horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir
- ☐ Tardo 1 o 2 horas en dormirme por la noche
- ☐ Me despierto sin motivo en mitad de la noche y tardó en volver a dormirme
- ☐ Me despierto temprano todos los días y no duermo más de 5 horas
- ☐ Tardo más de 2 horas en dormirme y no duermo más de 5 horas
- ☐ No logro dormir más de 3 o 4 horas seguidas

Cansancio

- ☐ Me canso más fácilmente que antes
- ☐ Cualquier cosa que hago me fatiga
- ☐ No me canso más de lo normal
- ☐ Me canso tanto que no puedo hacer nada

Pérdida de apetito

- ☐ He perdido totalmente el apetito
- ☐ Mi apetito no es tan bueno como antes
- ☐ Mi apetito es ahora mucho menor
- ☐ Tengo el mismo apetito de siempre

Pérdida de peso

- ☐ No he perdido peso últimamente
- ☐ He perdido más de 2,5 kg
- ☐ He perdido más de 5 kg
- ☐ He perdido más de 7,5 kg

Hipocondría

- ☐ Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas
- ☐ Estoy preocupado por dolores y trastornos
- ☐ No me preocupa mi salud más de lo normal
- ☐ Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro

Libido

- ☐ Estoy menos interesado por el sexo que antes
- ☐ He perdido todo mi interés por el sexo
- ☐ Apenas me siento atraído sexualmente
- ☐ No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo

Claves de Medicion para la Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung (SDS) Coteje estas claves con las respuestas del paciente y sume los numeros para obtener un valor total

Por favor marque (✓) la columna adecuada	Poco tiempo	Algo del tiempo	Una buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo
	1	2	3	4
Me siento decaído y triste			3	
Por la mañana es cuando me siento mejor	4	3	2	1
Siento ganas de llorar o irrumo en llanto	1	2	3	4
Tengo problemas para dormir por la noche	1	2	3	4
Como la misma cantidad de siempre	4	3	2	1
Todavía disfruto el sexo	4	3	2	1
He notado que estoy perdiendo peso	1	2	3	4
Tengo problemas de estreñimiento	1	2	3	4
Mi corazón late más rápido de lo normal	1	2	3	4
Me canso sin razón alguna	1	2	3	4
Mi mente está tan clara como siempre	4	3	2	1
Me es fácil hacer lo que siempre hacía	4	3	2	1
Me siento agitado y no puedo estar quieto	1	2	3	4
Siento esperanza en el futuro	4	3	2	1
Estoy más irritable de lo normal	1	2	3	4
Me es fácil tomar decisiones	4	3	2	1
Siento que soy útil y me necesitan	4	3	2	1
Mi vida es bastante plena	4	3	2	1
Siento que los demás estarían mejor si murieran	1	2	3	4
Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes	4	3	2	1